

Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

Für Patienten mit Post-Covid-Syndrom, postviralem Erschöpfungssyndrom, Post-Vakzinationssyndrom, Erschöpfungssyndrom nach einer Krebserkrankung

		Ja	Nein										
1.	Wurde bei Ihnen die Diagnose eines Post-Covid-Syndroms gestellt? ☐ ☐ Wenn ja, wann war Ihre erste Infektion? _____ Weitere Infektionen: _____ Hatten Sie Kontakt zu einer Post-Covid-Ambulanz? ☐ ☐ Wenn ja, welcher? _____ Wurden Sie vor oder nach den Infektionen geimpft? ☐ ☐ Wenn ja, bitte Impfstoffe und Datum der Impfung in ihrer Abfolge angeben: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;">Impfstoff</th> <th style="width: 40%;">Datum (Monat/Jahr)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Impfstoff	Datum (Monat/Jahr)										
Impfstoff	Datum (Monat/Jahr)												
2.	Sind Sie in kontinuierlicher hausärztlicher Anbindung? ☐ ☐ Name des Hausarztes/Adresse: _____ Wenn nein, seit wann hat kein Hausarztbesuch mehr stattgefunden? _____												
3.	Welche Beschwerden stehen für Sie aktuell im Vordergrund? Erschöpfung/ eingeschränkte körperliche Belastbarkeit? ☐ ☐ Konzentrations- und Gedächtnisstörungen? ☐ ☐ Atemnot bei Belastung? ☐ ☐ Muskel-/Gliederschmerzen? ☐ ☐ Schwindel/Kollapsneigung/POTS? ☐ ☐ Weiteres: _____												
4.	Haben Sie bereits andere Therapieoptionen erprobt bzw. über einen längeren Zeitraum durchgeführt (z.B. Plasmapherese, Bioresonanz o.Ä.)? ☐ ☐ Falls ja, welche? _____ Wie lange? _____ Haben Sie bereits an einer Post-Covid-Studie teilgenommen oder planen Sie, dies zu tun? ☐ ☐ Bitte Angabe über Zeit/Ort und Umfang: _____												



Fragebogen Stationäre Aufnahme Naturheilkunde

		Ja	Nein																		
5.	Welche Einschränkungen im Alltag sind für Sie am einschneidendsten (beruflich, im Freizeitverhalten, sozialen Umfeld/Familie)? 																				
6.	Haben Sie im Rahmen der Abklärung ihres Erschöpfungssyndroms Fachärzte anderer Fachrichtungen aufgesucht?	☐	☐																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Grund</th> <th>Facharzt</th> <th>Monat / Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Grund	Facharzt	Monat / Jahr																	
Grund	Facharzt	Monat / Jahr																			
	Heilpraktikerbesuch?	☐	☐																		
	Welche Diagnostik wurde durchgeführt?																				
	Lungenfunktionsprüfung?	☐	☐																		
	Echokardiografie, Belastungs-EKG?	☐	☐																		
	Neurologische Untersuchung einschl. Bildgebung des Kopfes?	☐	☐																		
	Andere: _____																				
7.	Für Tumorpatienten: Sind Sie in regelmäßiger Nachsorge?	☐	☐																		
	Wird eine antihormonelle Therapie durchgeführt?	☐	☐																		
	Gibt es eine Erhaltungstherapie?	☐	☐																		
	Wenn ja, welche? _____																				
8.	Wurde bei Ihnen die Diagnose ME/CFS gestellt?	☐	☐																		
	Wenn ja, wann und durch wen? _____																				