



Klinik I für Innere Medizin

Erstvorstellung in der infektiologischen Ambulanz

(bitte vollständig ausgefüllt an die 0221 478-3470 faxen)

1) Patientin/Patient

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
----------------	--	---------------	--

2) Verdachtsdiagnose:

nachgewiesene SARS-CoV2 Infektion am :		letzte SARS-CoV2 Testung am:	

3) Aktuelle Beschwerden nach durchlaufener SARS-CoV2 Infektion:

Fieber? ja	°C seit wann?	nein
Erkältungsbeschwerden?	ja	nein
Luftnot?	ja	nein
Geschmacks-/Geruchsbeeinträchtigung?	ja	nein
Neurologische Symptome?	ja	nein
Psychische Auffälligkeiten?	ja	nein
Weitere Symptome:	nein ja	

4) Vorerkrankungen und aktuelle Medikation:

5) bekannte Immunsuppression?

bekannte Immunsuppression?:	ja	nein
-----------------------------	----	------

6) Laborwerte:

Laborwert	Einheit
CRP:	
Leukozyten:	
BSG:	
Sonstige auffällige Werte:	

7) bisher durchgeführte Funktionsdiagnostik:

Lungenfunktion	ja: Ergebnis	nein
EKG	ja: Ergebnis	nein
Echokardiografie	ja: Ergebnis	nein

8) Bildgebung: ja, welche:

nein

9) Sonstige Befunde/Vorstellungen bei anderen FA: ja, welche:

10) Kontaktdaten der vorstellenden Ärztin/des vorstellenden Arztes:

Name:	
Telefon:	
Telefax:	
E-Mail:	

Wir bitten Ihre behandelnde Ärztin/Ihre behandelnden Arzt, den Anamnesebogen vollständig auszufüllen sowie Kontaktdaten zum ärztlichen Austausch zu hinterlassen.

Zudem bitten wir um Durchführung folgender Untersuchungen: aktuelle Laborbefunde; Blutdruck, EKG, Spirometrie, ggf. Belastungs-EKG, Beschwerddruck (SSD 12), Fatigue Assessment Scale (FAS) Depression Fragebogen (PHQ-9)

Bei Vorliegen von Bildgebungen bitten wir um Beilegen des Befundes.

Die angegebenen Informationen werden benötigt, um Ihre Anfrage schnellstmöglich bearbeiten zu können.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis.

Ihr Team der Infektionsambulanz

PHQ-9 Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Name:

Alter:

Datum:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

2. Niedergeschlagenheit, Schwermit oder Hoffnungslosigkeit

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

3. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie ent-täuscht zu haben

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

**8. Waren Ihre Bewegungen oder Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde?
Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang
als sonst?**

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten

Überhaupt nicht (0)	An einzelnen Tagen (1)	An mehr als der Hälfte der Tage (2)	Beinahe jeden Tag (3)
------------------------	------------------------------	---	--------------------------

Gesamtwert: _____

SSD-12 Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Name:

Alter:

Datum:

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der **letzten 2 Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

1. Ich denke, dass meine körperlichen Beschwerden Anzeichen einer ernsthaften Erkrankung sind.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

2. Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

3. Ich mache mir große Sorgen um meine Gesundheit.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

4. Ich bin von der Ernsthaftigkeit meiner körperlichen Beschwerden überzeugt.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

5. Meine körperlichen Beschwerden machen mir Angst.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

6. Meine körperlichen Beschwerden beschäftigen mich den größten Teil des Tages.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

7. Andere sagen mir, dass meine körperlichen Beschwerden nicht schlimm sind.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

8. Ich mache mir Sorgen, dass meine körperlichen Beschwerden niemals aufhören werden.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

9. Die Sorgen um meine Gesundheit rauben mir Energie.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

10. Ich denke, dass die Ärzte meine körperlichen Beschwerden nicht ernst nehmen.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

11. Ich mache mir Sorgen auch in Zukunft durch meine körperlichen Beschwerden beeinträchtigt zu bleiben.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

12. Durch meine körperlichen Beschwerden kann ich mich schlecht auf andere Dinge konzentrieren.

Nie (0)	selten (1)	manchmal (2)	oft (3)	sehr oft (4)
------------	---------------	-----------------	------------	-----------------

Gesamtwert: _____

Fatigue Assessment Scale

Die folgenden zehn Aussagen betreffen Ihr normales Befinden. Bitte markieren Sie die Antwort, die am besten zu Ihnen passt. Beantworten Sie bitte jede Frage, auch wenn Sie momentan keine Beschwerden haben. Sie können pro Aussage zwischen 5 Antwortmöglichkeiten wählen, variierend von „niemals“ bis „immer“.

- 1. niemals
- 2. manchmal (d.h. monatlich oder weniger)
- 3. regelmäßig (d.h. ein paar Mal pro Monat)
- 4. oft (d.h. wöchentlich)
- 5. immer (d.h. täglich)

	niemals	manchmal	regelmäßig	oft	immer
1. Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.					
2. Ich bin schnell müde.					
3. Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.					
4. Ich habe genug Energie für den Alltag.					
5. Körperlich fühle ich mich erschöpft.					
6. Es fällt mir schwer Sachen anzufangen.					
7. Es fällt mir schwer klar zu denken.					
8. Ich habe keine Lust etwas zu unternehmen.					
9. Ich fühle mich geistig erschöpft.					
10. Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.					

Auswertung:

FAS 10-21: keine Ermüdung (normal)

FAS 22-50: Ermüdung: 22-34

Extreme Ermüdung: ≥ 35

Achtung: Fragen 1-3 & 5-9 = Punkte 1-5

Fragen 4 & 10 = invers! Punkte 5-1

Referenzen

1. Drent M, Lower EE, De Vries J. Sarcoidosis-associated fatigue.

Eur Respir J 2012; 40: 255-263. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22441750>

2. Kleijn WPE, De Vries J, Wijnen PAHM, Drent M. Minimal (clinically) important differences for the Fatigue Assessment Scale in sarcoidosis.

Respir Med 2011; 105: 1388-95. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21700440>

3. De Vries, Michielsen H, Van Heck GL, Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS).

Br Health Psychol 2004; 9: 279-91. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296678>