

Spezielle Anamnese bei Verdacht auf Long COVID (Fragebogen für Sorgeberechtigte)

Wir würden uns freuen, wenn Sie sich mit Ihrem Kind kurz Zeit nehmen, einige Fragen zu dessen Gesundheit zu beantworten. Bitte geben Sie alle Antworten möglichst genau und vollständig an. Falls notwendig, können Sie dabei mehrere Antwortfelder ankreuzen und/oder zusätzlich einen ergänzenden Text schreiben.

Name des Kindes: _____ Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum des Kindes: __/__/____

Bitte geben Sie das heutige Datum mit Monat/Jahr an: __/____

Hatte Ihr Kind bisher eine Coronavirus-Infektion?

Nein Vermutlich ja, aber es wurde nicht nachgewiesen

Ja – Falls ja:

- Wie wurde die Infektion nachgewiesen? Schnelltest PCR unbekannt
- Bei wem hat sich Ihr Kind angesteckt? bekannt: _____ unbekannt
- Wann erfolgte die Coronavirus-Infektion? in den letzten 2 Wochen vor 2 bis 4 Wochen
 vor > 1 Monat am __/____ (Monat/Jahr)
- Mit welcher Virusvariante? unbekannt alpha delta omicron andere: _____
- Wie wurde Ihr Kind bei der Coronavirus-Infektion therapiert? gar nicht nur zu Hause
 durch Kinderarzt durch Hausarzt im Krankenhaus auf der Intensivstation
- Wie schwer krank war Ihr Kind im Rahmen der Coronavirus-Infektion? (Bitte einkreisen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

keine Symptome mittelschwere Symptome schwer krank

- Hatte Ihr Kind ein Pädiatrisches, multisystemisches, inflammatorisches Syndrom (PIMS)?
 Nein Ja, am __/____ (Monat/Jahr) unbekannt

Ist Ihr Kind bisher gegen das Coronavirus geimpft?

Nein Ja, 1 Mal am __/____ (Monat/Jahr) Ja, 2 Mal, zuletzt am: __/____ (Monat/Jahr)

Ja, Boosterimpfung am __/____ (Monat/Jahr), __/____

Wie stark ist Ihr Kind durch die Symptome aktuell beeinträchtigt?

(Bitte einkreisen 0 = gar nicht, 10 = maximal)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden?

1. _____, 2. _____, 3. _____

Gab es aufgrund der o. g. Symptome bisher Fehlzeiten in Kita-/Schule/Ausbildung?

Nein ja unklar Falls ja, wie viele Tage pro Jahr: __/2022 __/2021 __/2020 __/2019

Verschlechtern sich die Symptome nach milden Alltagsbelastungen so, dass diese Verschlechterung noch am Folgetag anhält? nein ja unbekannt

Bitte geben Sie in der nachfolgenden Tabelle **alle aktuellen Beschwerden** Ihres Kindes an.

Bitte geben Sie zusätzlich **alle Beschwerden** Ihres Kindes an, die während und/oder nach der akuten SARS-CoV-2-Infektion **außerhalb von anderen akuten Erkältungsinfekten** aufgetreten sind.

Falls diese Beschwerden nicht in der Tabelle gelistet sind, ergänzen Sie diese Beschwerden bitte im Freitext unter der Tabelle.

Vorhandensein der Beschwerden:	Nie	Aktuell	Jemals	
			Während	Nach
			der Corona-Infektion	
Herz-Kreislauf-System				
Herzklopfen/-rasen				
Brustschmerzen/Brustenge				
Kreislaufprobleme in Ruhe				
Kreislaufprobleme bei Belastung				
Kreislaufprobleme beim Aufrichten/Sitzen/Stehen				
Kollaps/Ohnmacht				
Atemwege und Lunge				
Atembeschwerden in Ruhe				
Atembeschwerden bei Belastung				
Schmerzen beim Atmen				
Husten				
Hals-Nasen-Ohren-System				
Schnupfen				
Halsschmerzen				
Ohrenschmerzen				
Riechstörungen				
Schmeckstörungen				
Schwindel				
Allgemeinsymptome				
Fieber > 38,5°C				
Schüttelfrost				
Reduzierte körperliche Belastbarkeit				
Reduzierte kognitive Belastbarkeit				
Reduzierte seelische Belastbarkeit				
Allgemeine Erschöpfung/ Schlappheit/ Fatigue				
Appetitlosigkeit				
Gewichtsänderung		+ / - _____ kg	+ / - _____ kg	+ / - _____ kg
Sofern betreffend: Menstruationsbeschwerden				

**Einheitliche pädiatrische Basisversorgung
von Kindern und Jugendlichen mit Long COVID – Bogen 4**

Magen-Darm-Trakt				
Bauchschmerzen				
Übelkeit				
Erbrechen				
Durchfall				
Bewegungsapparat				
Muskelschmerzen				
Muskelschwäche				
Gelenkschmerzen				
Gelenkschwellung				
Haut				
Hautausschlag				
blaue/ gerötete Finger/ Zehen				
Gedächtnis und Psyche				
Konzentrationsstörungen				
Gedächtnisstörung				
Nervosität				
Schlafstörungen				
Starke Stimmungsschwankungen				
Verändertes Verhalten				
Aggression				
Hyperaktivität				
Angst				
Traurigkeit/Depression				
Neurologie				
Kribbeln z.B. in Arm/Bein				
Brennende Schmerzen				
Lokales Taubheitsgefühl				
Lähmungserscheinungen				
Kopfschmerzen				
Andere Schmerzen				
Wo? _____				

Falls Ihr Kind neben den genannten Beispielen weitere Beschwerden hat, ergänzen Sie diese bitte:
