

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum: der Untersuchung: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

**Ist Diagnostik zu den Long COVID-Symptomen erfolgt?**

Nein  Ja:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Labor _____                 | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> EKG                         | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herzultraschall             | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> 10-Minuten-Stehetest        | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Röntgen-Thorax<             | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> CT-Thorax                   | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktionsuntersuchung | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> EEG                         | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> cMRT                        | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung            | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Neurokonsil                 | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychologische Diagnostik   | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Konsil      | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____                       | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |
| <input type="checkbox"/> _____                       | <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____ |

**Sind therapeutische Massnahmen für die Long COVID-Symptome erfolgt ?**

Nein  Ja:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafhygiene             | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Entspannungsübungen       | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Pacing                    | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Sport                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Erhöhte Trinkmenge        | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie            | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie              | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie            | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> <u>Medikamente</u>        |  |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> _____                     | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> <u>Hilfsmittel</u>        |  |
| <input type="checkbox"/> Lärmschutz                | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Lichtschutz .....         | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe..... | <input type="checkbox"/> positive Wirkung <input type="checkbox"/> negative Wirkung <input type="checkbox"/> keine Wirkung |