



**Interdisziplinäre Post-Covid Ambulanz**

Scharnhorststraße 13, 10115 Berlin

Tel.: 030 2841-28105, BwKz.: 8202

E-mail: BwKrhsBerlinPostCovidAmbulanz@bundeswehr.org

## Screening-Bogen

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Truppenärztinnen und Truppenärzte,

Für die Anmeldung zur interdisziplinären Post-Covid Ambulanz müssen Sie uns diesen Screening-Bogen vollständig ausgefüllt zusenden. Danach werden Sie zur Terminvergabe kontaktiert.

Folgende Voraussetzungen für eine Vorstellung in der interdisziplinären Post-Covid Ambulanz am Bundeswehrkrankenhaus Berlin müssen alle erfüllt sein:

- 1) per Labortest gesicherte SARS-CoV2-Infektion im Vorfeld
- 2) die Infektion muss mindestens 12 Wochen her sein
- 3) seit der akuten Infektion bestehen Beschwerden, die vor der Infektion nicht vorhanden waren

Sollten nicht alle Voraussetzungen erfüllt sein, können die Beschwerden seit der Covid-Infektion trotzdem fachärztlich bewertet werden und wichtige andere Grunderkrankungen ausgeschlossen werden. Wir empfehlen eine Vorstellung in einer gemäß der Symptomatik zuständigen Fachuntersuchungsstelle. Die Dringlichkeit wird durch die behandelnde Truppenärztin festgelegt.

### 1. Personalien:

heutiges Datum: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Heimatadresse: \_\_\_\_\_

### Dienstliche Daten:

Dienstgrad: \_\_\_\_\_ DZE/ Pension: \_\_\_\_\_ Status:  SAZ \_\_\_\_\_ Jahre  BS  Reservist Einheit:

Stationierungsort: \_\_\_\_\_

### 3. Diagnosestellung:

Datum Infektionsbeginn: \_\_\_\_\_ Datum der Diagnosestellung: \_\_\_\_\_ Art der

Diagnosestellung (*Befund bitte diesem Bogen im Anhang hinzufügen*):

- PCR-Nachweis     Antigen-Nachweis     Antikörper-Nachweis

### 4. Krankheitsverlauf während der Infektion:

Wurden Sie im Krankenhaus stationär behandelt?     Ja     Nein

Wurden Sie auf einer Intensivstation behandelt?     Ja     Nein

Wurden Sie beatmet?     Ja     Nein

Hatten Sie ein Delir?     Ja     Nein

unbekannt

Haben Sie im Anschluss der Infektion eine Reha gehabt?  Ja  Nein

wenn ja, Art und Zeitraum:

**5. Aktuelle Beschwerden:**

Unter welchen Beschwerden leiden Sie seit Ihrer Covid-Infektion?

*Zuständiges bitte ankreuzen.*

	Trifft nicht zu	Leicht	Mäßig	Stark
Luftnot/Atemnot/Dyspnoe/ Husten				
Brustenge/Brustschmerzen				
Herzstolpern/Herzrhythmusstörungen				
Übelkeit/ Appetitminderung				
Durchfall				
Fieber				
Gelenkschmerzen				
Muskelschmerzen				
Kopfschmerzen				
Verringerte geistige Leistungsfähigkeit				
Abgeschlagenheit/ Fatigue/ Erschöpftheit				
Kreislaufprobleme				
Missempfindungen/ Sensibilitätsstörung				
Geruchs-/ Geschmacksstörungen				
Schlafstörung				
Angst				
Depression/ Stimmungsschwankungen				
Traumatische Erfahrungen				
Sonstiges:				
_____				
_____				

Welche Untersuchungen wurden bezüglich der oben genannten Beschwerden bereits durchgeführt?

*Bitte Befunde diesem Screeningbogen im Anhang hinzufügen, um unnötige Wiederholungsuntersuchungen ggf. vermeiden zu können.*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin /  
Patient

Stempel Sanitätseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Truppenärztin /  
Truppenarzt