Anamnesebogen Long-Post-COVID

HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM

Dr. med. Klaus Edel, Chefarzt der Abteilung Kardiologische Rehabilitation und Prävention, Klinik für Kardiologie

Name, Vorname **Datum:** _____

_____ **Unterschrift:** _____

Datum der COVID-19 Infektion (en) _____ bis _____ Ambulant □ Stationär □

_____ bis _____

Abgeschlagenheit	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Anhaltender Husten	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Luftnot bei Belastung	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Luftnot in Ruhe	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Kurzatmig	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Geschmacksstörung	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Geruchsstörung	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Nase verstopft /od. laufend	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Herzjagen/schneller Puls in Ruhe/Nachts od. bei Belastung	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____ _____
Brustenge /-schmerz	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Gelenk-/Muskelschmerzen	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Übelkeit, Blähungen	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Konzentrationsschwäche	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Kopfschmerzen	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Schwindel	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Haarausfall	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____
Kribbeln, Taubheitsgefühl	ja □	nein □	wo u. seit wann (Monat/Jahr)_____
Schlafstörung	ja □	nein □	seit wann (Monat/Jahr)_____

Gewebssauerstoffversorgung (Pulsoxymeter) und Puls (Messung Arzt:in)

Ruhe : O_2-Sättigung: .... %, Puls: ..... Min $^{-1}$,

Nach 2 Etagen Treppe laufen:

1. Minute: O_2-Sättigung: .... %, Puls: ..... Min $^{-1}$ 3. Minute: O_2-Sättigung: .... %, Puls: ..... Min $^{-1}$

5. Minute: O_2-Sättigung: .... %, Puls: ..... Min $^{-1}$ 7. Minute: O_2-Sättigung: .... %, Puls: ..... Min $^{-1}$

Herz-Kreislauf-Zentrum, Heinz-Meise-Str. 100, 36199 Rotenburg a. d. Fulda
T.:+49 6623 88 6105 | F: +49 6623 88 6114 | k.edel@hkz-rotenburg.de