

## Erhebungsbogen Post-COVID-Zentrum

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

für Patientinnen/Patienten mit **komplexem und schwerwiegendem Post-COVID-Syndrom** bietet das Uniklinikum Erlangen eine interdisziplinäre Spezialsprechstunde an. Sie können Ihre/n Patientin/Patienten gerne bei uns anmelden. Wir nehmen dann schnellstmöglich Kontakt mit der/dem Patientin/Patienten auf. Dazu übermitteln Sie uns bitte Name, Geburtsdatum und Kontaktdaten (Telefonnummer und E-Mail-Adresse) der/des Patientin/Patienten. Die **Anmeldung und Überweisung kann nur über Sie als behandelnden Haus- oder Facharzt / behandelnde Haus- oder Fachärztin** erfolgen, damit primär die schwerwiegenden Fälle behandelt werden können und **vorhandene Einschätzungen und Befunde** eine umgehende und effiziente Behandlung bei uns erlauben. Über die **Ergebnisse unserer Untersuchungen** und unsere Therapiemaßnahmen/-vorschläge werden wir Sie auf Wunsch der/des Patientin/Patienten selbstverständlich **informieren**.

Den Erhebungsbogen füllen Sie bitte vollständig aus und schicken ihn uns per Fax oder Post.

### Bitte beachten Sie folgende Punkte:

1. **Bitte Unterlagen vollständig zusenden und zur ambulanten Vorstellung vollständig mitgeben!**
2. **Bitte auch Überweisungsschein mitgeben, bei dem §116b für Rheumatologie angekreuzt ist, andernfalls kann immunologische Abklärung hier nicht stattfinden!**
3. **Bitte die/den Patientin/Patienten auf die Mitnahme des Impfausweises hinweisen.**

### Definition Post-COVID (in Anlehnung an NICE 2020)

akute COVID-19			
Symptome bestehen für bis zu 4 Wochen	fortwährende symptomatische COVID-19		Post COVID-19 Syndrom →
	Symptome bestehen für bis zu 4 Wochen		Symptome bestehen länger als 12 Wochen (nicht erklärbar durch andere Diagnose)
SARS-COV-2-Infektion	4 Wochen	8 Wochen	12 Wochen →
Long COVID			→
Neue Symptom kommen hinzu oder bestehen länger als 4 Wochen			

Kontaktdaten des Post-COVID-Zentrums:

Uniklinikum Erlangen

**Post-COVID-Zentrum**

Schwabachanlage 6

91054 Erlangen

Tel. 09131/85-40105 (Anrufbeantworter)

Fax: 09131/85-34694

E-Mail: Post-Covid-Zentrum@uk-erlangen.de

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

**Angaben zur/zum Patientin/Patienten und zur anmeldenden Praxis (Praxisstempel mit Telefonnummer für Rückfragen ist notwendig)**

Vorname / Familienname		Hausarzt / Facharzt Kontaktdaten, bzw. Praxisstempel
Geburtsdatum		
Krankenversicherung		
Krankenversicherungsnummer		
Telefonnummer		
E-Mail		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Wohnort		

**Notwendige Voruntersuchungen (Ohne Befunde der Punkte 1–4 (fett gedruckt) kann keine Einbestellung erfolgen)**

	Untersuchung/ Befund	Datum der letzten Untersuchung	Auffälligkeiten vorhanden
<input type="checkbox"/>	<b>1. Labor</b> (darf nicht älter als 12 Wochen sein, bitte unbedingt Datum mit angeben! Notwendige Werte: BB + Diff. BB, Serumwerte (Leberwerte, Kreatinin, CK, Harnsäure), ANA`s (antinukleäre Antikörper), Rheumafaktor, anti-CCP)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>2. EKG</b> (darf nicht älter als 12 Wochen sein, bitte unbedingt Datum mit angeben!)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>3. Herzecho</b> (darf nicht älter als 12 Wochen sein, bitte unbedingt Datum mit angeben!)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<b>4. Lungenfunktion</b> (darf nicht älter als 12 Wochen sein, bitte unbedingt Datum mit angeben!)		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	5. Röntgen Lunge		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	6. MR-Lunge		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	7. MR-Kopf		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	8. Thorax-Röntgen/ CT		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	9. Neurologischer Status		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	10. Psychiatrisches Konsil		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Andere:		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Andere:		<input type="checkbox"/>

**Angaben zu relevanten Vorerkrankungen (einschl. Operationen/Augen-Operationen)**

1.
2.
3.
4.
5.
6.



Psychische Vorerkrankungen

- 1.
- 2.
- 3.

**Einschätzung des aktuellen Beschwerdebildes der/des Patientin/Patienten durch den Haus-/ Facharzt bzw. die Haus-/ Fachärztin:**

**Grad 0**

Keine funktionelle  
Einschränkung

**Grad 1**

Vernachlässigbare  
funktionelle  
Einschränkung

**Grad 2**

Leichte funktionelle  
Einschränkung

**Grad 3**

Mäßige funktionelle  
Einschränkung

**Grad 4**

Schwere  
funktionelle  
Einschränkung

Anmerkungen / weitere Angaben

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Ihr Team des Post-COVID-Zentrum am Uniklinikum Erlangen