

Anmeldebogen

Post-Covid-Ambulanz

Telefax 089 4400 53964

Ausgang am:

Eingang am:

Termin am:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
wir erbitten folgende Informationen über Ihren Patienten, um einen **gezielten** und **vorbereiteten Termin** zur Abklärung eines **möglichen Post-Covid-Syndroms** vereinbaren zu können. Ein ambulanter fachärztlicher **Überweisungsschein** ist zum Termin erforderlich.

Patient

Name:

Geburtsdatum:

Telefonnummer der Eltern:

Kinderarzt

Name:

Telefon: (Stempel)

Fax:

I. Abklärungsgrund: ☐ Post-Covid

II. Anamnese

- (1) Seit wann Beschwerden? ☐ < 3 Mo. ☐ < 3 Mo.- 6 Mo. ☐ > 6 Mo.
- (2) Wann PCR/Antigentest positiv? ☐ (Datum angeben)
- (3) Welche Symptome bei der akuten Infektion?
- | | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| ☐ Sinusitis | ☐ Bronchitis | ☐ Pneumonie | ☐ Ausschlag |
| ☐ Durchfall/Erbrechen | ☐ Geschmacksverlust | | |
| ☐ Kribbelparästhesien | ☐ Kopfschmerzen | ☐ anderes: | |
- (5) Krankenhausaufenthalte im Rahmen des Vorstellungsgrundes?
☐ ja ☐ nein
- Falls ja, bitten wir um Zusendung aller Arztbriefe und Befunde!**
- (6) Dauermedikation? ☐ ja: ☐ nein
- (7) Impfungen nach STIKO? ☐ ja ☐ nein
- (8) Vorerkrankung ☐ ja ☐ nein
- (9) Wenn ja, welche?

III. Weitere klinische Besonderheiten (z.B. besondere Erreger)?

IV. Labor - Bitte fügen Sie alle Befunde inkl. Impfdokumentation in Kopie der Anmeldung bei

Bei V.a. Immundefekten bitte vor Vorstellung BB mit Diff., IgM, IgG, IgA und IgE sowie möglichst spezifische Antikörper gegen Tetanus, Pneumokokken und Masern bestimmen!

Mit bestem Dank und Gruß!

Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.