

# Long-Covid Netzwerk Solothurn

# ERFASSUNGSBOGEN

Angepasster Erfassungsbogen der Swiss Insurance Medicine

## Teil 1: Demographische und Klinische Hintergrundinformationen

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

### 1.A. Demographie

Alter \_\_\_\_\_  
Geschlecht \_\_\_\_\_  
Grösse / Gewicht \_\_\_\_\_  
Höchste abgeschlossene Ausbildung \_\_\_\_\_  
Muttersprache \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_

### 1.B. Gesundheitszustand vor der akuten Covid-19 Erkrankung

	Ja	Nein	
Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Herzkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Nierenkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Leberkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Chronische Neurologische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Immunschwäche/-Defizienz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Psychiatrische Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			
Übergewicht (BMI >30 kg/m <sup>2</sup> )	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Andere Gesundheitsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			
Raucher (früher, aktuell, nie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergien – bitte präzisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
falls ja: _____			

### 1.C. Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Allfällige Covid-19-Impfungen: Datum und Präparat/Marke \_\_\_\_\_ tt/mm/jjjj  
Datum des Beginns der Symptome \_\_\_\_\_ tt/mm/jjjj  
Datum der Diagnosestellung \_\_\_\_\_ tt/mm/jjjj  
Mit welchem Test wurde die Diagnose gestellt \_\_\_\_\_  
PCR, Schnelltest, andere (bitte angeben)  
Schwere der akuten Covid-19 Erkrankung \_\_\_\_\_  
(Hospitalisiert / Sauerstoffgabe / Beatmung / medikamentöse Behandlung)

Teil 2: Arbeits- und Versicherungssituation

2.A. Arbeitssituation

Aktuelle Tätigkeit

Anstellungsverhältnis

angestellt

selbständig

andere




wenn andere, bitte präzisieren:

Arbeitspensum

Angabe in % oder Stunden / Woche

Körperliche Beanspruchung bei der Arbeit

leicht

mittel

schwer




Geistige Beanspruchung bei der Arbeit

leicht

mittel

schwer




Möglichkeit zur Anpassung der Beanspruchung in der Berufstätigkeit

ja

nein

weiss nicht




Wahrgenommene Einschränkungen bei der Arbeit

ja

nein



Angst vor Stellenverlust

ja

nein



2.B. Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten:  
Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?  
(0 bedeutet, dass Sie derzeit ganz arbeitsunfähig sind)

1-10:

2.C. Erwartungen bezüglich Rückkehr zur Arbeit

Ich glaube, dass ich fähig sein werde, meine bisherigen Aufgaben bei der Arbeit wieder zu erfüllen und an meine Arbeit zurückzukehren

Ja

Nein



2.D. Versicherungssituation

Wenn Sie Taggelder beziehen, welche Versicherung ist involviert (Krankentaggeld, Unfallversicherung)

KTG

UV

keine




Derzeitiger Grad der Arbeitsunfähigkeit in %

Seit wie vielen Tagen besteht die Krankschreibung

Seit wie vielen Tagen erhalten Sie Krankentaggelder

Ist eine Begutachtung geplant/angekündigt

Ist die Invalidenversicherung involviert, falls ja, wie (Berufseingliederungsmassnahmen, Rente)

Erlebten Sie Probleme mit der Versicherung bezüglich Ihrer Erkrankung (z.B. Übernahme der Heilbehandlungskosten, Rehamassnahmen, Taggelder etc.)

Ja

Nein

Teil 3: Funktionelle Einschränkungen

3.A. Selbständigkeit, Möglichkeit, sich selbst zu versorgen

- gleich wie vor Covid-19
- schlechter als vor Covid-19
- besser als vor Covid-19
- weiss nicht

3.B. Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

Wie stark sind Sie derzeit in Ihrem Alltag von COVID-19 betroffen?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.

Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome, Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion.	<input type="checkbox"/>
Ich habe vernachlässigbare Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich alle üblichen Pflichten/Aktivitäten ausführen kann, obwohl ich immer noch anhaltende Symptome, Schmerzen oder Angstzustände habe.	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich gelegentlich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten gewöhnliche Pflichten/Aktivitäten vermeiden oder reduzieren oder über die Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung auszuführen.	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter Einschränkungen in meinem Alltag, da ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten nicht in der Lage bin, alle üblichen Aufgaben/Aktivitäten auszuführen. Ich bin jedoch in der Lage, mich ohne jede Hilfe um mich selbst zu kümmern.	<input type="checkbox"/>
Ich leide unter schweren Einschränkungen in meinem Alltag: Ich bin nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen, und deshalb bin ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten auf die Pflege und/oder Hilfe einer anderen Person angewiesen.	<input type="checkbox"/>

Teil 4: Symptome von Long-Covid

4.A. Liste Symptome/Beschwerden

Bitte geben Sie für jede dieser Beschwerden die Intensität an, indem Sie auf der Linie eine Markierung setzen. Bitte nur eine Markierung pro Symptom, keinen Bereich.

Kreuzen Sie ausserdem an, ob Beschwerden bereits vor Long Covid bestanden haben.

Bei "Zustandsverschlechterung nach körperlicher Anstrengung" bitte angeben, ob diese Verschlechterung ("Crash") meist weniger als 14 Stunden dauert, oder oft länger als 14 Stunden.

Visuelle Analogskala

	Schon vor Long COVID bestehend	keine Beschwerden / Einschränkung	sehr starke Beschwerden / Einschränkung
Anhaltende Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Belastungsintoleranz	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Zustandsverschlechterung nach körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	-----	-----
- Dauer weniger als 14 Stunden	<input type="checkbox"/>		
- Dauer mehr als 14 Stunden	<input type="checkbox"/>		
Überempfindlichkeit auf Reize	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Schwindel	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Wortfindungsstörungen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Übermässiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Tinnitus (Geräusch in den Ohren)	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Hörprobleme	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Probleme mit dem Sehen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Einschränkung des Riechens	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Einschränkung des Schmeckens	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Zittern	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Zuckungen der Arme/Beine	<input type="checkbox"/>	-----	-----

4.A. Liste Symptome/Beschwerden - Fortsetzung

Visuelle Analogskala

	Schon vor Long COVID bestehend	keine Beschwerden / Einschränkung	sehr starke Beschwerden / Einschränkung
Inneres Vibrieren	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Schwäche der Arme/Beine	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Schmerzen beim Atmen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Taubheit/Kribbeln der Arme/Beine	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Muskelsteifigkeit	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Hartnäckiger trockener Husten	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Druck auf dem Brustkorb	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Schluckprobleme	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Appetitverlust	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Übelkeit oder Erbrechen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Durchfall	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Fieber	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Gelenkschmerzen oder Schwellungen	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Hautausschlag	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Zahnschäden	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Menstruationsprobleme	<input type="checkbox"/>	-----	-----
Erektionsprobleme	<input type="checkbox"/>	-----	-----

4.B. Aktuelle Behandlung

Wurde aufgrund von Symptomen oder Komplikationen nach der Infektion eine der folgenden Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	
1. Psychologische Beratung und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Rehabilitation der Lunge/Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Allgemeine körperliche Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Andere (bitte angeben)			
_____			
	Ja	Nein	Wenig
Haben diese Therapien geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (listen Sie bitte alle Medikamente auf)

---



---



---

Teil 5: Fragebögen

5.A. Allgemeiner Gesundheitszustand

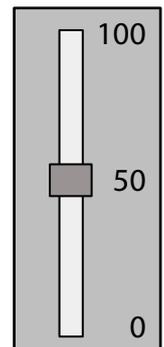
“Gefühls-Thermometer”

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte zeichnen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.



5.B. Wahrgenommene Genesung

Wie schätzen Sie Ihre Erholung von der Covid-19 Erkrankung ein?

Wie fühlen Sie sich jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt, als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus festgestellt wurde?

- 1. Sie sind vollständig genesen und symptomfrei
- 2. Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund ( nicht so wie vorher)
- 3. Es geht Ihnen weder besser noch schlechter, Sie sind immer noch gleich krank
- 4. Es geht Ihnen schlechter

5.C. Ermüdung: Fatigue Severity Scale (FSS)

Bitte kreisen Sie die Zahl zwischen 1 und 7 ein, die Ihrer Meinung nach am besten zu den folgenden Aussagen passt. Dies bezieht sich auf Ihre übliche Lebensweise in der letzten Woche. 1 bedeutet "trifft nicht zu" und 7 bedeutet "trifft voll zu".

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	trifft NICHT zu						trifft VOLL zu
	1	2	3	4	5	6	7
Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin	<input type="checkbox"/>						
Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung	<input type="checkbox"/>						
Ich bin schnell erschöpft	<input type="checkbox"/>						
Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>						
Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich	<input type="checkbox"/>						
Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung	<input type="checkbox"/>						
Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten	<input type="checkbox"/>						
Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden	<input type="checkbox"/>						
Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben	<input type="checkbox"/>						

5.E. Fragebogen zur Atemnot: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Tätigkeiten, die bei manchen Menschen mit Lungenproblemen Kurzatmigkeit hervorrufen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Tätigkeiten die Antwort an, die am besten beschreibt, wie stark in den LETZTEN 2 WOCHEN Ihre Kurzatmigkeit war, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit ausgeübt haben.

Das Kästchen in der letzten Spalte kreuzen Sie bitte an, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit in den letzten zwei Wochen NICHT AUSGEÜBT haben.

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Tätigkeiten	Extreme Kurzatmigkeit	Starke Kurzatmigkeit	Ziemliche Kurzatmigkeit	Mässige Kurzatmigkeit	Leichte Kurzatmigkeit	Sehr leichte Kurzatmigkeit	Gar keine Kurzatmigkeit	Nicht ausgeübt
1	Gefühle wie z. B. Ärger oder Verdruss	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Sich um Ihre Grundbedürfnisse kümmern (baden, duschen, essen oder sich anziehen)	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Zu Fuss gehen	1	2	3	4	5	6	7	8
4	Aufgaben im Haushalt erledigen (z.B. Hausarbeit, Lebensmittel einkaufen)	1	2	3	4	5	6	7	8
5	Kontakte und Unternehmungen mit anderen Menschen	1	2	3	4	5	6	7	8

5.G. Fragebogen zur Selbsteinschätzung des aktuellen psychischen Wohlbefindens:

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen ...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
... war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
... habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0