

Eingangsfragebogen

Post-/Long COVID

Um die Zuordnung der Rehabilitationssportler*innen über die ärztliche Diagnose hinaus bestmöglich zu gestalten, empfiehlt der Deutsche Behindertensportverband den folgenden Eingangsfragebogen gemeinsam mit den Post-/Long COVID Betroffenen auszufüllen. Darüber hinaus ist vor Beginn des Trainings auf Grund von häufig nicht bemerkten Organmanifestationen eine Basisuntersuchung mit Blutuntersuchung und Belastungs-EKG sinnvoll.

Name, Vorname: _____

Beginn der Coronaerkrankung: _____

Weitere Diagnosen: _____

Medikamente: _____

Wie geht es Ihnen aktuell? _____

Wie war der Verlauf der Covid-Erkrankung?

<input type="checkbox"/> symptomlos bis leicht	<input type="checkbox"/> Beatmung war erforderlich
<input type="checkbox"/> Symptome, zuhause behandelt	<input type="checkbox"/> starke Symptome,
<input type="checkbox"/> intensivmedizinische Behandlung	Krankenhausaufnahme

Wann haben Sie erstmals bemerkt, dass etwas nicht stimmt? _____

Können Sie sich körperlich belasten?

<input type="checkbox"/> ja (höhere Belastungen, z.B. Joggen)
<input type="checkbox"/> nur leicht (z.B. alltägliche Aufgaben durchführen)
<input type="checkbox"/> ja, mäßig (z.B. Treppensteigen, Fahrrad fahren)
<input type="checkbox"/> nein (z.B. Atemnot in Ruhe)

Leiden Sie seit ihrer Coronaerkrankung unter Herzbeschwerden?

<input type="checkbox"/> ja, hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> ja, Engegefühl in der Brust
<input type="checkbox"/> ja, Herzklopfen/Herzrasen/unregelmäßiger Puls
<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____

Wovon sind Sie aktuell betroffen?

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ängste
<input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörungen	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit
<input type="checkbox"/> Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/> Müdigkeit, Abgeschlagenheit

Sind Ihre Beschwerden gleichbleibend?

<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nein, schwankend
<input type="checkbox"/> nein, mir geht es immer schlechter

Welche der zuvor genannten Symptome schränken Sie im Alltag am meisten ein? _____

- Welche Untersuchungen haben Ihre Ärzt*innen nach Ihrer Covid-Erkrankung durchgeführt?**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutuntersuchung | <input type="checkbox"/> Rehamaßnahme |
| <input type="checkbox"/> EKG, Belastungs-EKG | <input type="checkbox"/> Weitere Untersuchungen |
| <input type="checkbox"/> Lungenfunktionstest | |

Messungen vor Beginn des Rehabilitationssport:

Gewebssauerstoffversorgung (Pulsoximeter): _____

Blutdruck: _____ Herzfrequenz: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift Teilnehmer*in)

(Ort, Datum)

(Unterschrift Vereinsverantwortlicher)