

# 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)