

## CSF Screening

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Körperhöhe: \_\_\_\_\_ Körpergewicht: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden nach überstandener Coronavirus-Erkrankung stellen. Die von uns verwendeten Fragebögen werden standardisiert in der Forschung weltweit genutzt. Da wir mehrere Fragebögen benutzen, kann es daher sein, dass sich Fragen auf diesem oder anderen Fragebögen teilweise inhaltlich überschneiden. Damit überall identische Fragen gestellt werden und die Ergebnisse vergleichbar sind, können Überschneidungen nicht vollständig vermieden werden.

Bitte beantworten Sie die Fragen vollständig und ganz nach Ihrem eigenen Befinden und Verständnis und weitgehend spontan, ohne dass Sie länger über eine Antwort nachdenken. Bitte haben Sie Verständnis, dass ein Termin ohne vollständig ausgefüllten Bogen und/oder fehlende Unterlagen nicht weiterbearbeitet wird.

1. Wann war der Beginn Ihrer COVID-19-Erkrankung (vermutliches Datum der Infektion)?  
Datum (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_
2. Wann wurde bei Ihnen die Diagnose einer Coronavirusinfektion (COVID-19) gestellt/bestätigt?  
Datum (TT/MM/JJJJ): \_\_\_\_\_
3. Wie wurde diese gestellt?  
O - Tiefer Rachen- und Nasenabstrich ? (Realtime-PCR qualitativ/quantitativ) Bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an.
4. Wurde bei Ihnen bereits eine Lungenfunktionsüberprüfung durchgeführt?  
O - Röntgen-ICT-Thorax? Bitte hängen Sie das Ergebnis mit dem ausgefüllten Bogen an.
5. Liegt bei Ihnen eine andere Erkrankung vor?      O nein      O ja, und zwar:

---

---

### 6. Wie ist die Coronainfektion bei Ihnen in den ersten 4 Wochen verlaufen?

Die für mich stärkste(n) Beschwerde(n)/ das wichtigste Symptom(en) ware(en): \_\_\_\_\_

---

---

Ich hatte folgende weitere Beschwerden:

---

---

---

Ich wurde stationär im Krankenhaus behandelt:  ja  nein  
 Ich wurde mit Sauerstoffgabe behandelt:  ja  nein  
 Ich wurde auf der Intensivstation behandelt:  ja  nein  
 Ich wurde künstlich beatmet:  ja  nein  
 Ich bin seit der COVID-19-Erkrankung bewusstlos geworden:  ja  nein  
 Ich kann nachts flach liegen/schlafen:  ja  nein  
 Ich habe bemerkt, dass seit der COVID-19-Erkrankung mein Blutdruck erhöht ist:  ja  nein

**7. Haben Sie anhaltende Beschwerden – bitte ankreuzen:**

	Nein	Ja, leicht	Ja, mäßig	Ja, stark
Fieber				
Fatigue (Erschöpfung)				
Wann hat die Fatigue begonnen? Datum (MM.JJJJ)				
Schlafstörung				
Schlaf nicht erholsam				
Atemnot/Luftnot <b>bei Belastung</b>				
Atemnot/Luftnot <b>ohne Belastung</b>				
Brustschmerzen				
Herzrasen/Herzklopfen				
Herzstolpern				
Schwindel				
Konzentrationsstörung				
Gedächtnisstörung				
Wortfindungsstörung				
Gefühlsstörungen / Taubheitsgefühl				
Missempfindungen				
Geruchssinnverlust				
Geschmackssinnverlust				
Kopfschmerzen				
Rückenschmerzen				
Muskelschmerzen				
Gelenkschmerzen				
Halsschmerzen				
Grippiges Gefühl				
Depression/Angst				

**Eventuell weitere anhaltende Beschwerden?**

	leicht	mäßig	stark

**Nehmen die o. g. Beschwerden nach leichter Belastung zu?**

ja     nein

Wenn „ja“ für wie lange (Durchschnitt der **letzten Woche**)?

gar nicht <input type="radio"/>	< 1 Stunde <input type="radio"/>	2-3 Stunden <input type="radio"/>	4-10 Stunden <input type="radio"/>	11-13 Stunden <input type="radio"/>	>24 Stunden <input type="radio"/>	2-3 Tage <input type="radio"/>
---------------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------	------------------------------------------	-------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------

**8. Die Beschwerden haben sich im Verlauf seit Ende der Infektion:**

gebessert     sind unverändert     haben zugenommen

## (EQ5D5L)

Bitte beantworten Sie nun einige Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand (d.h. HEUTE) und ggfs. vorhandenen und ggfs. vorhandenen Einschränkungen Ihrer Aktivitäten. Bitte markieren Sie bei jedem Thema das Kästchen, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

### Thema: FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

### Thema: ALLTÄGLICHE TÄTIGKEITEN (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien-oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

### Thema: SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

### Thema: BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mäßige Probleme herumzugehen
- Ich habe große Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

**Thema: ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT**

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

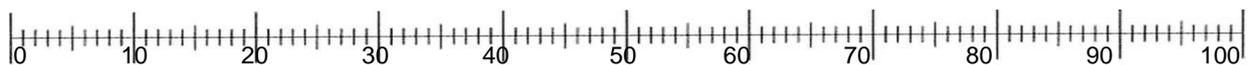
Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Die Skala rechts ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen:

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

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt, mit einem Kreuz.



Anschließend tragen Sie bitte den Punktwert von der Skala hier ein: \_\_\_\_\_

## Bell-Score 1995

Patienteninformation



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

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen. Bitte umkreisen Sie die Zahl, die am besten auf Sie zutrifft.

100	Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
90	Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstregungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten
80	Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
70	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm- mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten
60	Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70--90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann
50	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
40	Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
30	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden
20	Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren
10	Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern. Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen.

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (GAD-7)



Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt.	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwerfällt.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Addition der Spaltensummen				

## Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein, oder die Familie enttäuscht zu haben.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. Bsp. Beim Zeitungslesen oder Fernsehen.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Addition der Spaltensummen				

M\_FB\_097\_003\_1018

**Europäischer Diagnosefragebogen Schlafstörungen**

Krankenhaus  
Bethanien  
Solingen

Bereich: Medizin/Pflege

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Arzt hat Sie gebeten, diesen Fragebogen auszufüllen, weil er den Verdacht hat, dass Sie vielleicht an einer Schlafstörung leiden.

Bei einigen Schlafstörungen ist es sehr schwer, eine Diagnose zu stellen. Deshalb werden diese Erkrankungen häufig übersehen oder für andere neurologische oder psychiatrische Störungen gehalten.

Wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen, helfen Sie Ihrem Arzt herauszufinden, ob bei Ihnen eine Schlafstörung vorliegt. Um die Diagnose zu erhärten, muss Ihr Arzt möglicherweise weitere Tests durchführen oder Sie an einen Spezialisten überweisen. Für viele häufige Schlafstörungen gibt es wirksame Therapien.

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung



### 3 Schlafgewohnheiten

- 3a** Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? - an *Wochentagen* \_\_\_\_\_ Std.  
- an *Wochenenden* \_\_\_\_\_ Std.
- 3b** Wie viele Stunden würden Sie gerne nachts schlafen? - an *Wochentagen* \_\_\_\_\_ Std.  
- an *Wochenenden* \_\_\_\_\_ Std.
- 3c** Wenn Sie die Möglichkeiten haben, länger zu schlafen: leiden Sie dann immer noch unter einer übermäßigen Tagesschläfrigkeit?
- [1] ja                      [2] nein

### 4 Aufwachen

Wie lange brauchen Sie morgens nach dem Aufwachen oder nach einem kleinen Nickerchen, um wieder „voll da zu sein“?

- [1] 1 Minute    [2] 5 Minuten    [3] 15 Minuten    [4] 30 Minuten    [5] 60 Minuten

PUNKTE = \_\_\_\_\_

### 5 Arzneimittel

- a Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein?** [ja] / [nein]
- b Wenn ja:** - welche Medikamente \_\_\_\_\_  
- in welcher Dosis? \_\_\_\_\_

### 6

- a Wachen Sie morgens früh auf und schlafen dann nicht wieder ein?**
- [1] nie                      [2] selten (weniger als einmal pro Monat)                      [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                      [5] fast immer
- b Fühlen Sie sich abends besser als morgens?**
- [1] nie                      [2] selten (weniger als einmal pro Monat)                      [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                      [5] fast immer



**F4 Wie häufig haben Sie eines der folgenden Symptome bei Gefühlsregungen wie Lachen, Glücksgefühl oder Ärger?**

**a - schwache Knie/Einknicken der Knie**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**b - Absacken des Unterkiefers**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**c - Absinken des Kopfes**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**d - auf den Boden fallen**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**F5 Wie oft können Sie nicht einschlafen?**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**F6 Wie oft fühlen Sie sich morgens unwohl oder unausgeruht?**

- [1] nie                                    [2] selten (weniger als einmal pro Monat)    [3] manchmal (1-3 mal monatlich)  
[4] häufig (1-2 mal/Woche)                                    [5] fast immer

**8**

**Haben Sie zurzeit oder hatten Sie je Anfälle von Schwäche in den Beinen, Einknicken der Knie, undeutlichem Sprechen, Absacken des Unterkiefers, Absinken von Kopf/Schultern oder zu Boden fallen...**

- **Wenn Sie einen Witz erzählen oder hören?**                                    [ja] / [nein]
- **Wenn Sie lachen?**                                    [ja] / [nein]
- **Wenn Sie ärgerlich sind?**                                    [ja] / [nein]

**NUR vom Krankenhauspersonal auszufüllen !!!**

**PUNKTE 1**  $F1 + F2 + F3(a+b+c+d+e) + F4(a+b+c+d) =$  \_\_\_\_\_  $- 11 =$  \_\_\_\_\_

**PUNKTE 2**

$20 - (5 \times F2)$	=	
$- (11 \times F4 a)$	=	
$- (13 \times F4 b)$	=	
$+ (6 \times F5)$	=	
$+ (9 \times F6)$	=	

**Bitte teilen Sie uns für die Terminvorbereitung mit:**

Gibt es Bildaufnahmen des Thorax, bitte ankreuzen:

CT:	ja	nein	360°	Radprax
Röntgen:	ja	nein	360°	Radprax
MRT:	ja	nein	360°	Radprax

Ihr Hausarzt: \_\_\_\_\_

Überweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenkassennummer: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

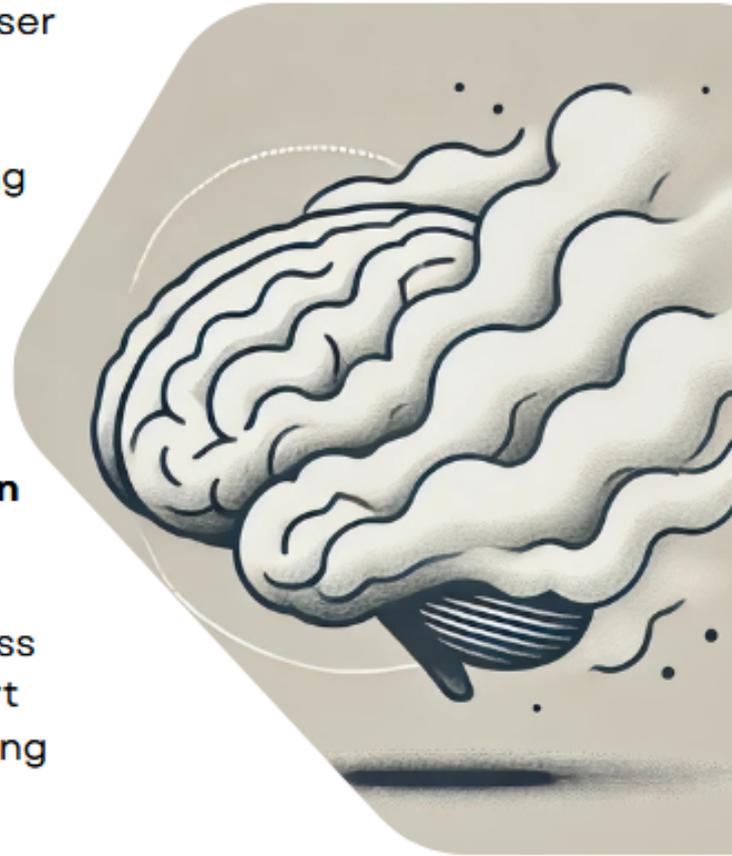


# Beyond the Haze: Brain Fog verstehen

In dieser Studie möchten wir Brain Fog besser verstehen – ein Phänomen, das oft mit Konzentrationsstörungen, geistiger Erschöpfung und gedanklicher Vernebelung beschrieben wird. Obwohl viele Menschen davon berichten, gibt es bisher nur wenig wissenschaftliche Forschung dazu.

**Diese Studie richtet sich an Personen, die vermuten oder wissen, dass sie unter Brain Fog leiden.**

Mit Ihrer Teilnahme tragen Sie dazu bei, dass die Diagnostik in diesem Bereich verbessert und weiterentwickelt wird. Die Beantwortung der Fragen dauert ca. 10-15 Minuten.



## SO GEHTS:

- QR-Code scannen und Online-Umfrage ausfüllen



**Vielen Dank  
für Ihre Unterstützung!**

Bei Fragen senden Sie eine Mail an:  
**[annalena.lehmann@krupp-krankenhaus.de](mailto:annalena.lehmann@krupp-krankenhaus.de)**

Annalena Lehmann & Prof. Dr. Rolf R. Diehl  
Alfried-Krupp Krankenhaus Essen Rüttenscheid  
Klinik für Neurologie  
Alfried-Krupp-Straße 21  
45131 Essen