



## Sektorenübergreifende Plattform (SÜP)

### Anamnesebogen

Datum der Visite	Fall/Etikett
------------------	--------------

### Soziodemographie

Wohnsitz PLZ (erste 3 Ziffern), Land	
Dauer des Wohnsitzes in angegebenem Land	_____ Jahre
Ethnische Zugehörigkeit (bitte Selbstangabe: zu welcher Ethnizität würden Sie sich am ehesten zugehörig fühlen?)	<input type="checkbox"/> Kaukasier*in <input type="checkbox"/> Afrikaner*in <input type="checkbox"/> gemischt-ethnische Zugehörigkeit <input type="checkbox"/> Asiat*in <input type="checkbox"/> Araber*in <input type="checkbox"/> Latein-Amerikaner*in <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Geburtsland	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verheiratet, von Ehepartner*in getrenntlebend

	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet
Größe	_____ m
Pflegegrad vor Infektion	<input type="checkbox"/> Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad
Vorbeschriebene Lungenfunktion (Spirometrie) innerhalb der letzten 6 Monate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Durchschnittliche Anzahl an Tagen pro Woche mit sportlicher Aktivität vor Infektion	_____ Tage
Durchschnittliche Dauer der Aktivität an diesen Tagen	<input type="checkbox"/> < 30 min <input type="checkbox"/> 30-59 min <input type="checkbox"/> 60-89 min <input type="checkbox"/> >= 90 min
Ernährungsgewohnheit vor Infektion	<input type="checkbox"/> Vollkost <input type="checkbox"/> Leichte Vollkost <input type="checkbox"/> Vegetarisch <input type="checkbox"/> Vegan <input type="checkbox"/> Andere: _____
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss (falls Schüler*in: zusätzlich geplanten Abschluss angeben)	<input type="checkbox"/> Aktuell Schüler*in <input type="checkbox"/> Schule beendet ohne Abschluss <input type="checkbox"/> Haupt- oder Volksschulabschluss, POS 8. oder 9. Klasse, Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Realschulabschluss, Mittlere Reife, POS 10. Klasse oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Abitur, fachgebundene Hochschulreife oder Fachhochschulreife

<p>Höchster beruflicher Ausbildungsabschluss bzw. Hochschulabschluss</p> <p>(falls allgemeinbildende Schüler*in: ohne beruflichen Ausbildungsabschluss angeben)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Aktuell in beruflicher Ausbildung</li> <li><input type="checkbox"/> Ohne beruflichen Ausbildungsabschluss</li> <li><input type="checkbox"/> Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung</li> <li><input type="checkbox"/> Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss</li> <li><input type="checkbox"/> Bachelor an Hochschule oder Universität</li> <li><input type="checkbox"/> Staatsexamen, Master, Magister, Diplom an Hochschule oder Universität</li> <li><input type="checkbox"/> Promotion</li> </ul>
---	---

## Gesundheitsstatus

<p>Aktueller Pflegegrad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pflegegrad 1</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegegrad 2</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4</li> <li><input type="checkbox"/> Pflegegrad 5</li> <li><input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad</li> </ul>
<p>Geheinschränkungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Uneingeschränkte Gehdistanz</li> <li><input type="checkbox"/> 500 Meter ohne Gehhilfe</li> <li><input type="checkbox"/> &gt; 4 Schritte ohne Gehhilfe</li> <li><input type="checkbox"/> Dauerhafte Verwendung einer Gehhilfe</li> <li><input type="checkbox"/> Rollstuhl</li> <li><input type="checkbox"/> Bettlägerig</li> </ul>
<p>Stürze in der Vorgeschichte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ja, einmaliges Sturzereignis</li> <li><input type="checkbox"/> Ja, mehrfache Sturzereignisse</li> <li><input type="checkbox"/> Nein, kein Sturzereignis</li> </ul>
<p>Gesetzliche Betreuung</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nein</p>

Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Patient*innenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere Vorsorgedokumente (z.B. Betreuungsverfügung, Notfallplan)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Raucher*in konventioneller Zigaretten (Tabakzigarette)	<input type="checkbox"/> Ja, aktiv <input type="checkbox"/> Nein, aber ehemalig _____ Zigaretten pro Tag über _____ Jahre <input type="checkbox"/> Nein, Nie-Raucher*in
Raucher*in von E-Zigaretten	<input type="checkbox"/> Ja, aktiv <input type="checkbox"/> Nein, aber ehemalig <input type="checkbox"/> Nein, Nie-Raucher*in
Wie oft trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Etwa 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 2-4x pro Monat <input type="checkbox"/> 2-3x pro Woche <input type="checkbox"/> >= 4x pro Woche
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise?  (1 alkoholisches Getränk entspricht 0,33 Liter Bier, 0,15 Liter Wein/Sekt, 0,02 Liter Spirituosen)	<input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> >= 10
Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Seltener als 1x pro Monat

	<input type="checkbox"/> 1x pro Monat <input type="checkbox"/> 1x pro Woche <input type="checkbox"/> täglich oder fast täglich
Erwerbsstatus	<input type="checkbox"/> Voll erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Teilzeitbeschäftigung <input type="checkbox"/> Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Ausbildung (inkl. Schule) <input type="checkbox"/> Freiwilliger Wehrdienst, FSJ, Bundesfreiwilligendienst <input type="checkbox"/> Arbeitslos <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> Berufsunfähig <input type="checkbox"/> Aus anderen Gründen nicht erwerbstätig (z.B. Rentner*in, Vorruhestand, Hausmann/Hausfrau)

### Informationen zur Erstdiagnose und Übertragung von SARS-CoV-2

Zeitpunkt SARS-CoV-2 Erstdiagnose (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)	Datum _____
PLZ (erste 3 Ziffern), Land des SARS-CoV-2 Erstdiagnose	
Versorgungsstruktur des SARS-CoV-2 Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Hausärztliche Versorgung <input type="checkbox"/> Niedergelassene Infektiolog*innen <input type="checkbox"/> Sonst. niedergelassene Fachärzt*innen <input type="checkbox"/> Notfalldienst der KV <input type="checkbox"/> Amb. Versorgung nicht univ. Klinik

	<input type="checkbox"/> Notaufnahme nicht univ. Klinik <input type="checkbox"/> Stat. Versorgung nicht univ. Klinik <input type="checkbox"/> Amb. Versorgung univ. Klinik <input type="checkbox"/> Notaufnahme univ. Klinik <input type="checkbox"/> Stat. Versorgung univ. Klinik <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Andere: _____
Umstände des SARS-CoV-2 Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Kontaktnachverfolgung eines Falles <input type="checkbox"/> Routinetestung bei Krankenhausaufnahme <input type="checkbox"/> Vorgeschriebener Test bei Risiko (z.B. Reiserückkehr, Arbeitsplatz mit erhöhter Exposition) <input type="checkbox"/> Freiwillige Testung <input type="checkbox"/> Testung bei Verdacht (z.B. bei Erkältungssymptomen) <input type="checkbox"/> Andere: _____
Einschätzung des Schweregrades zum Zeitpunkt des SARS-CoV-2 Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Phase ohne Komplikationen <input type="checkbox"/> Phase mit Komplikationen (z.B. O <sub>2</sub> -Gabe, Sättigung < 90%, Herzinsuffizienz, Perikarderguss, Herzrhythmusstörung) <input type="checkbox"/> Kritische Phase (z.B. mechanische Beatmung, lebensbedrohliche Herzrhythmusstörung, Katecholamingabe, Leber-/Nierenversagen)
Reise ins Ausland innerhalb von 14 Tagen vor Auftreten erster Symptome	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Land: _____
Veranstaltungsteilnahme innerhalb von 14 Tagen vor Auftreten erster Symptome	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Anzahl Personen:

	<input type="checkbox"/> 20-100; <input type="checkbox"/> 100-1000; <input type="checkbox"/> >1000;
Arbeit, Universität oder Schule außerhalb des Zuhauses innerhalb von 14 Tagen vor Auftreten erster Symptome	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter*in im Gesundheitswesen (nur Mitarbeit mit direktem Patient*innenkontakt, z.B. Pflege)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mitarbeiter*in im Labor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kontakt mit Tieren, rohem Fleisch oder Insektenstichen innerhalb von 14 Tagen vor Auftreten erster Symptome	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Medikamentöse Maßnahmen vor erstmaligem SARS-CoV-2 Nachweis als Vorsichtsmaßnahme	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## Symptome im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2 Infektion

Nennen Sie alle Beschwerden

1. die im zeitlichen Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Infektion neu aufgetreten sind
2. die bekannt sind, sich aber im zeitlichen Zusammenhang mit der SARS-CoV-2-Infektion wesentlich verschlechtert haben

Denken Sie dabei an

- Allgemeine Symptome (z.B. Fieber, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerzen)
- Hautveränderungen (z.B. Ausschlag, Einblutungen), geben Sie hier auch die betroffenen Körperregionen an
- Beschwerden der Atemwege (z.B. Husten mit/ohne Auswurf, Halsschmerzen, Niesen, Kurzatmigkeit)
- Beschwerden des Magen-Darm-Trakts (z.B. Übelkeit, Erbrechen, Durchfall)
- Neurologische Beschwerden (z.B. Geruchs-, Geschmacksstörungen, Störungen im Sehen, in der Augenbewegung, Nervenschmerzen, Konzentrationsfähigkeit)

Beschwerden

Wann und wie lange aufgetreten (wenn noch andauernd, geben Sie dies bitte so an)



## Aufenthalts- und Wohnsituation

<p>Aufenthaltsort vor der Aufnahme in das aktuelle Akutkrankenhaus</p> <p>(falls Einschluss in der Hausarztpraxis, geben Sie Ihren aktuelle Wohnsituation an)</p>	<p><input type="checkbox"/> Eigenständiges Wohnen (keine Einrichtung)</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus</p> <p><input type="checkbox"/> Aufenthalt in einer anderen Einrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnungslosigkeit</p>
<p>Seit wann besteht der obige Aufenthaltsort?</p> <p>(auch Angabe nur Monat &amp; Jahr möglich)</p>	<p>Datum _____</p> <p><input type="checkbox"/> seit Geburt</p>
<p>Falls als Aufenthaltsort andere Einrichtung gewählt wurde, welche Einrichtung ist gemeint?</p>	<p><input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeheim</p> <p><input type="checkbox"/> Altersheim</p> <p><input type="checkbox"/> Hospiz</p> <p><input type="checkbox"/> Unterkunft für Geflüchtete</p> <p><input type="checkbox"/> Kaserne</p> <p><input type="checkbox"/> Justizvollzugsanstalt</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnen in einer anderen Einrichtung (z.B. Betreutes Wohnen)</p>
<p>Haushaltszusammensetzung</p> <p>(falls Haushalt mit mehreren Personen, zählen Sie sich bitte zur jeweiligen Personengruppe dazu)</p>	<p><input type="checkbox"/> Alleinlebend</p> <p><input type="checkbox"/> Mit mehreren Personen</p> <p>Anzahl Personen &lt; 18: _____</p> <p>Anzahl Personen &gt;= 18: _____</p>

## Vorerkrankungen

Nennen Sie Ihre Vorerkrankungen mit Datum der Erstdiagnose (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)

Denken Sie dabei an

- Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz)
- Erkrankungen der Lunge (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe)
- Erkrankungen der Niere
- Erkrankungen der Leber (Hepatitis, Zirrhose)
- Weitere Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes (z.B. Magengeschwüre, Pankreatitis, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2
- Rheumatologische Erkrankungen (z.B. Rheumatoide Arthritis, Lupus erythematodes, Sjögren-Syndrom, Vaskulitis)
- Maligne Erkrankung (Tumorerkrankungen inklusive Hauttumore, Blutkrebs)
- Neurologische Erkrankungen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Epilepsie, Migräne)
- Chronische Hauterkrankungen (z.B. Schuppenflechte, Neurodermitis)

<p>Vorerkrankung</p>	<p>Datum der Erstdiagnose (auch Angabe nur Monat &amp; Jahr möglich)</p>
<p>Allergien</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Penicillin, Erstdiagnose: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pollen, Erstdiagnose: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hausstaub, Erstdiagnose: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schimmelpilz, Erstdiagnose: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Andere</p>

## Ereignisse in der Vorgeschichte

Nennen Sie bekannte Ereignisse in der Vorgeschichte mit Datum (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)

Denken Sie dabei an

- Ereignisse des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Herzinfarkt, Beinvenenthrombose, Lungenembolie, Herzmuskelentzündung)
- Bypass-Operation oder Stentimplantation
- Akutes Nierenversagen
- Akute Pankreatitis
- Folgeereignisse bei Leberversagen (z.B. Aszites, Enzephalopathie)
- Neurologische Ereignisse (z.B. Schlaganfall, Transitorisch ischämische Attacke, Hirnhautentzündung, Krampfanfall)
- Organ-, Stammzelltransplantation

Ereignis

Datum (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)

## Therapien bis zu 6 Monate vor SARS-CoV-2 Infektion und abseits des Medikamentenplans

<p>Strahlentherapie bis zu 6 Monate vor SARS-CoV-2 Infektion</p> <p>(bitte Angabe des Datums der letzten Maßnahme)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Datum: _____</p>
<p>Chemotherapie bis zu 6 Monate vor SARS-CoV-2 Infektion</p> <p>(bitte Angabe des Datums der letzten Maßnahme)</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Datum: _____</p>
<p>Bestehende Unterstützung der Lungenfunktion vor SARS-CoV-2 Infektion</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie</p> <p>Seit wann: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mechanische Beatmung</p> <p>Seit wann: _____</p>
<p>Orale naturheilkundliche Mittel</p> <p>(bitte Angabe, ob durch Ärzt*in oder Heilpraktiker*in empfohlen)</p> <p>(Angabe des Zeitraumes der Einnahme)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Pflanzliche Mittel,</p> <p>Zeitraum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</p> <p><input type="checkbox"/> Homöopathische Mittel</p> <p>Zeitraum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</p> <p><input type="checkbox"/> Hochdosierte Vitamine</p> <p>Zeitraum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Nahrungsergänzungsmittel</p>

	<p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Enzyme</p> <p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Andere: _____</p> <p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul>
Komplementärmaßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Nein</li> <li><input type="checkbox"/> Akupunktur</li> </ul> <p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Chinesische Arzneimitteltees</p> <p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin</p> <p>Zeitraum: _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</li> <li><input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> Ayurveda Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Andere: _____ Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in
Meditative Bewegungstherapien	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Tai Ji Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Quigong Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Yoga Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung

	<input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Andere: _____ Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in
--	---

## Impfstatus

Grundimmunisierung nach Empfehlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gripeschutzimpfung in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Impfung gegen Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Impfung gegen Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Andere Impfung in den letzten 6 Monaten	<input type="checkbox"/> Ja, Impfung: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Impfung gegen COVID-19 (falls 2 Dosen verabreicht, geben Sie bitte das Datum beider Dosen an)	<input type="checkbox"/> Ja, Wirkstoff: _____ <input type="checkbox"/> Nein Datum 1. Dosis: _____ Datum 2. Dosis: _____

## Angaben bei Schwangerschaft

Schwangerschaftswoche bei Erstdiagnose	_____ SSW
Errechner Geburtstermin	Datum: _____
Erreichen der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Spontan <input type="checkbox"/> Nach Kinderwunschbehandlung



Mehrlingsschwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zwillinge <input type="checkbox"/> Drillinge <input type="checkbox"/> > 3 Föten
Anzahl vorheriger Schwangerschaften	_____
Anzahl bisheriger Lebendgeburten	_____
Anzahl bisheriger Lebendgeburten vor der 37. Schwangerschaftswoche	_____
Anzahl bisheriger Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten oder ektoper Schwangerschaften vor der 22. Schwangerschaftswoche	_____
Anzahl bisheriger Totgeburten nach der 22. Schwangerschaftswoche	_____
Z.n. Komplikationen in vorheriger Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Angaben bei Geburt bis zu 6 Monate vor SARS-CoV-2 Infektion

Zeitpunkt der Geburt	Datum: _____
SARS-CoV-2 Infektion schon vor Geburt	<input type="checkbox"/> Ja, vermutlich <input type="checkbox"/> Ja, bestätigt <input type="checkbox"/> Nein
Falls die SARS-CoV-2 Infektion schon vor Geburt bestand, geben Sie bitte folgende Informationen an:	
Geburtseinleitung	<input type="checkbox"/> Spontane Wehen <input type="checkbox"/> Geburtseinleitung bei mütterlichen Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> Geburtseinleitung bei fetalen Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> Geburtseinleitung aufgrund von COVID-19
Geburtsmodus	<input type="checkbox"/> Spontane vaginale Entbindung <input type="checkbox"/> Assistierte vaginale Entbindung <input type="checkbox"/> Geplanter Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Nicht-geplanter Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Notfallmäßiger Kaiserschnitt
Überlebensstatus des Kindes	<input type="checkbox"/> Lebendgeburt

	<input type="checkbox"/> Totgeburt
Falls keine Lebendgeburt vorlag, entfallen folgende Angaben für Sie:	
Geburtsgewicht	_____ g
Körpergröße	_____ cm
Auffälligkeiten (z.B. Herzfehler, Kieferspalten, Anomalien)	
Behandlung auf neonatologischer Station (bitte Zeitraum angeben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zeitraum: _____
COVID-19 Diagnosestellung beim Neugeborenen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stillen des Säuglings (falls weiterhin am Stillen, können Sie das Startdatum und andauernd angeben)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Zeitraum: _____