



Sektorenübergreifende Plattform (SÜP)

Anamnesebogen: Follow Up

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

Gesundheitsstatus

Aktueller Pflegegrad	<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
Geheinschränkungen	<input type="checkbox"/> Uneingeschränkte Gehdistanz <input type="checkbox"/> 500 Meter ohne Gehhilfe <input type="checkbox"/> > 4 Schritte ohne Gehhilfe <input type="checkbox"/> Dauerhafte Verwendung einer Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Bettlägerig
Stürze seit der letzten Visite im Zentrum	<input type="checkbox"/> Ja, einmaliges Sturzereignis <input type="checkbox"/> Ja, mehrfache Sturzereignisse

	<input type="checkbox"/> Nein, kein Sturzereignis
Gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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

<p>Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?</p>	<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
<p>Erwerbsstatus</p>	<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)

Symptome im Zusammenhang mit der SARS-CoV-2 Infektion

<p>Sind die Beschwerden, die Sie bei der letzten Visite geäußert haben, weiterhin vorhanden?</p> <p>Sind seit der letzten Visite neue Symptome aufgetreten?</p> <p>Denken Sie dabei an</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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)

<ul style="list-style-type: none"> • 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

Bitte geben Sie hier alle Aufenthalts- und Wohnsituationen an, die seit der letzten Visite aufgetreten sind.	
Aufenthaltsorte seit der letzten Visite (geben Sie bitte Start- und Enddatum des Zeitraumes an: auch Angabe nur Monat & Jahr möglich) (wenn andauernd geben Sie dies so an)	<input type="checkbox"/> Eigenständiges Wohnen (keine Einrichtung) Zeitraum _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in einem Akutkrankenhaus Zeitraum _____ <input type="checkbox"/> Aufenthalt in einer anderen Einrichtung (Details unten) <input type="checkbox"/> Wohnungslosigkeit
Falls als Aufenthaltsort andere Einrichtung gewählt wurde, welche Einrichtung ist gemeint?	<input type="checkbox"/> Rehabilitationseinrichtung Zeitraum _____

<p>(geben Sie bitte Start- und Enddatum des Zeitraumes an: auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)</p> <p>(wenn andauernd geben Sie dies so an)</p>	<p><input type="checkbox"/> Pflegeheim Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Altersheim Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hospiz Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Unterkunft für Geflüchtete Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kaserne Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Justizvollzugsanstalt Zeitraum _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnen in einer anderen Einrichtung (z.B. Betreutes Wohnen) Zeitraum _____</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 < 18: _____</p> <p>Anzahl Personen >= 18: _____</p>

Neu diagnostizierte Erkrankungen

<p>Nennen Sie seit der letzten Visite neu aufgetretene Erkrankungen mit Datum der Erstdiagnose (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)</p> <p>Denken Sie dabei an</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erkrankungen des Herz-/Kreislaufsystems (z.B. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz) • Erkrankungen der Lunge (z.B. COPD, Asthma, Schlafapnoe) • Erkrankungen der Niere • Erkrankungen der Leber (Hepatitis, Zirrrose) • 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)

Neu aufgetretene Erkrankung

Datum der Erstdiagnose (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)

Neu aufgetretene Allergien

Nein

Penicillin, Erstdiagnose:

Pollen, Erstdiagnose:

Hausstaub, Erstdiagnose:

Schimmelpilz, Erstdiagnose:

Andere

Neu aufgetretene Ereignisse

Nennen Sie seit der letzten Visite **neu aufgetretene** Ereignisse 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

Neu aufgetretenes Ereignis	Datum (auch Angabe nur Monat & Jahr möglich)

Therapien abseits des Medikamentenplans seit der letzten Visite

Strahlentherapie seit der letzten Visite (bitte Angabe des Datums der Therapie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Chemotherapie seit der letzten Visite (bitte Angabe des Datums der Therapie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____

<p>Unterstützung der Lungenfunktion seit der letzten Visite</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie</p> <p>Zeitraum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mechanische Beatmung</p> <p>Zeitraum: _____</p>
<p>Orale naturheilkundliche Mittel seit der letzten Visite</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> <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"/> Enzyme</p> <p>Zeitraum: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstanwendung</p> <p><input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in</p>

	<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
Komplementärmaßnahmen seit der letzten Visite	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Akupunktur Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Chinesische Arzneimitteltees Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Anthroposophische Medizin Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Selbstanwendung <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in <input type="checkbox"/> Durch Heilpraktiker*in <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 Heilpraktiker*in <input type="checkbox"/> Durch Ärzt*in
Meditative Bewegungstherapien seit der letzten Visite	<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: Veränderungen seit der letzten Visite

Grippeschutzimpfung seit der letzten Visite	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Impfung gegen Pneumokokken seit der letzten Visite	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Datum: _____
Andere Impfung seit der letzten Visite	<input type="checkbox"/> Ja, Impfung: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein
Impfung gegen COVID-19 seit der letzten Visite (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

Errechneter 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. SSW	_____
Anzahl bisheriger Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten oder ektoper Schwangerschaften vor der 22. SSW	_____
Anzahl bisheriger Totgeburten nach der 22. SSW	_____
Z.n. Komplikationen in vorheriger Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angaben bei Geburt seit letzter Visite

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 SARS-CoV-2 Infektion vor Geburt , 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 SARS-CoV-2 Infektion vor Geburt und Lebendgeburt , geben Sie bitte folgende Informationen an:	
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: _____