**Anamnesebogen „Covid-19 Nachsorge“**

**Teilnehmerinformationen:**

|  |
| --- |
| Name, Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| Telefon/Handynummer: |
| E-Mail: |
|  |

**Wie nehmen Sie bei uns teil?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Online Kurs | * Telefonischen Kontakt |  |



**Aktuelle Beschwerden:**

* Anhaltende Erschöpfung/Antriebslosigkeit
* Atembeschwerden
* Herzrhythmusstörungen
* allg. Bewegungsschmerz
* Gelenkschmerz
* Gleichgewichtsstörungen
* Schwindel
* Konzentrationsschwäche
* Wahrnehmungsstörungen
* Depressive Stimmung
* Sonstiges:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Weitere Erkrankungen:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Herz | * Lunge | * Magen | * Darm | * Niere/Blase |
| * Diabetes | * Bluthochdruck | * Asthma | * Psychische Erkrankungen | * Epilepsie |

Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente, ggf. Notfallmedikamente?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Blutverdünner | * Herzmedikamente | * Asthmaspray | * Insulin |

**Sind Sie auf ein Hilfsmittel angewiesen?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Rollator | * Unterarmgehstützen | * Stock |

**Notfallkontakt**

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

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Teilnehmer/in (Ort, Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift Vereinsvertreter/in (Ort Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_