**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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_