
Name, Vorname der/des Patientin/Patienten, Geburtsdatum

Ärztliche Bescheinigung

Bei o.g. Patient/in wurde Post-COVID diagnostiziert. Folgende Kriterien sind erfüllt:

(Zutreffendes bitte ankreuzen, für eine Teilnahme an der Studie müssen alle Kreuze gesetzt sein)

- O.g. Patient/in war mit SARS-CoV-2 infiziert
- Die Symptome werden auf eine Infektion mit SARS-CoV-2 zurückgeführt
- Die Symptome sind mind. 3 Monate nach der Infektion vorhanden
- Die Symptome dauern seit mind. 2 Monaten an (sie können fluktuieren oder wiederkehren)
- Die bisherige Diagnostik ergab keinen Hinweis auf eine andere, spezifischere Erkrankung, auf welche diese zurückgeführt werden können.

Bei o.g. Patient/in lag eine SARS-CoV-2-Infektion mit positivem Testnachweis und plausiblen klinischen Verlauf vor. Die Diagnose wurde ärztlich (*durch mich selbst oder eine/n Kolleg/in*) gestellt.

Die SARS-CoV-2-Infektion wurde wie folgt nachgewiesen

(Zutreffendes bitte ankreuzen. Mehrfachauswahl möglich)

- Positiver PCR-Test
- Positiver Antigen-Test (Schnelltest) in der Praxis oder durch die Patientin/ den Patienten.
- Nachträglicher Antikörpernachweis (Nukleokapsid)

Datum, Stempel, Unterschrift Hausärztin/Hausarzt

Name, Vorname der/des Patientin/Patienten, Geburtsdatum

Vorerkrankungen

(Sie können gerne auch den aus Ihrer Praxissoftware generierten Plan über Vorerkrankungen verwenden. Bitte prüfen Sie ihn vor dem Versand auf Aktualität und Vollständigkeit)

| Diagnose/n | Datum der Erstdiagnose |
|------------|------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Medikamentenplan

(Sie können gerne auch den Medikamentenplan aus Ihrer Praxissoftware verwenden)

| Wirkstoff | Dosis | Form | mo | mi | ab | na | Grund/ Hinweise |
|-----------|-------|------------|-------------------------------------|----|----|----|--------------------|
| | | z.B.: p.o. | (Einnahmezeitpunkt bitte ankreuzen) | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |