

---

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)				