

Anmeldebogen Post-COVID Ambulanz Frühdiagnosezentrum / Sozialpädiatrisches Zentrum für Patienten deren Beschwerden, die über 12 Wochen nach der COVID-19 Infektion bestehen

Liebe Eltern,

Sie wollen Ihr Kind für die Post-Covid Ambulanz im Sozialpädiatrischen Zentrum Würzburg anmelden. Um Ihr Kind optimal einschätzen zu können, bitten wir Sie den nachfolgenden Fragebogen vollständig ausgefüllt und vom Kinderarzt unterschrieben an das

Frühdiagnosezentrum / Sozialpädiatrisches Zentrum
Universitäts-Kinderklinik
Josef-Schneider-Straße 2
97080 Würzburg
Fax: +49 931 201-27858 Email: SPZ@ukw.de

zu senden.

Sobald uns dieser Bogen mit den nötigen Informationen vorliegt, **wenden wir uns zur telefonischen Terminvereinbarung an Sie.**

Bitte lassen Sie sich erst einen Termin in unserer Ambulanz geben, wenn die Symptome Ihres Kindes **>12 Wochen** bestehen und die COVID-19 Infektion entsprechend auch >12 Wochen zurückliegt und mit einer PCR gesichert wurde. **Eine symptomorientierte Abklärung muss von Ihrem Kinderarzt bereits erfolgt sein (s.u.).**

Datum der COVID-19 Infektion _____ (bitte Test-Nachweis mitschicken)

Bitte bringen Sie zur Vorstellung den **Überweisungsschein Ihres Kinderarztes / Ihrer Kinderärztin**, Ihre Versicherungskarte, das gelbe Untersuchungsheft, den Impfausweis und Vorbefunde (Allergietests/Immundiagnostik/Röntgenbilder (auf DVD) /etc.) bzw. **alle Arztbriefe** mit.

Name und Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Kinderarzt mit Anschrift: _____

Bei wem lebt das Kind?

bei beiden Eltern bei der Mutter beim Vater _____

Gibt es bekannte Vorerkrankungen bei Ihrem Kind?

Hatte Ihr Kind schon mal eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Problematik (Grund+ Jahr + Dauer)?

Wurde Ihr Kind bereits gegen COVID-19 geimpft? Wenn ja, wann (Datum)?

Welche POST-COVID-**Symptome** beschreibt Ihr Kind?

Bitte beschreiben Sie zudem den **zeitlichen Verlauf** der wichtigsten Symptome:

Was sind die 3 führenden klinischen Beschwerden? Welche Beschwerden liegen insgesamt vor?

1. _____, 2. _____, 3. _____,

Weitere Beschwerden:

Wie lange bestehen die Beschwerden schon? Datum: __ . __ . ____

Besteht eine Symptomverschlechterung nach milden Alltagsbelastungen, die noch am Folgetag anhält? ja nein

Wie stark beeinträchtigen die aktuellen Symptome die Alltagsfunktionen?

Gar nicht mittelgradig sehr stark

Gab es im Rahmen von COVID-19 bisher Krankenhausaufenthalte? ja nein

Erfolgte der Krankenhausaufenthalt wegen Diagnose eines PIMS? ja nein

wenn ja wie viele: ___ Aufenthalte, davon auf der Intensivstation: ___

Welche Long-COVID/post-COVID-**Symptome** beschreibt Ihr Kind/
sind Ihnen bei Ihrem Kind aufgefallen und bestehen **seit > 12 Wochen**?

- vermehrte Müdigkeit
- Konzentrationsschwäche
- Leistungsabfall
- Schlafstörungen → Schlafprotokoll mitbringen

- Kurzatmigkeit in Ruhe/unter Belastung → Lungenfunktion muss erfolgt sein
- Ruhe-/Belastungs-Husten → Lungenfunktion muss erfolgt sein
- Herzrasen → EKG / Echo muss erfolgt sein

- Übelkeit → Gastroabklärung muss erfolgt sein
- Bauchschmerzen → Gastroabklärung muss erfolgt sein
- Durchfall → Gastroabklärung muss erfolgt sein

- Kopfschmerzen → Kopfschmerzprotokoll muss mitgebracht werden
- Riech- und Geschmacksstörungen

- Gliederschmerzen/Muskelschmerzen
- Muskelschwäche

- psychische Beschwerden (Angstzustände, Depression)

- andere Symptome: _____

Kann Ihr Kind aufgrund der Beschwerden die Schule nicht oder nur eingeschränkt besuchen?

Regulärer Schulbesuch verkürzter Schulbesuch kein Schulbesuch

Fehltage in den letzten 12 Wochen: _____

Wie viele Fehltage am Arbeitsplatz sind den Eltern in den letzten 4 Wochen durch die oben beschriebenen Beschwerden ihres Kindes entstanden?

keine Mutter: ___ Tage Vater: ___ Tage alleinerziehend

In eiligen Fällen wenden Sie sich bitte zunächst an Ihre Kinderärztin / Ihren Kinderarzt oder jederzeit an unsere interdisziplinäre Kindernotaufnahme in Haus D31 der Universitätskinderklinik.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team des Sozialpädiatrischen Zentrums

Was erwartet Ihr Kinderarzt /Ihre Kinderärztin von Ihrem Besuch im SPZ?

(bitte von Ihrem Kinderarzt/Kinderärztin abstempeln lassen)