



**Anmeldebogen Post-COVID Ambulanz Sozialpädiatrisches Zentrum Würzburg  
für Patienten, deren Beschwerden seit 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 uns zu senden:

Sozialpädiatrische Zentrum  
Universitäts-Kinderklinik  
Josef-Schneider-Straße 2  
97080 Würzburg

Fax: +49 931 201-27858 Email: SPZ@ukw.de

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 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 Hauptbeschwerden liegen vor?

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Weitere Beschwerden:

\_\_\_\_\_

Wie lange bestehen die Beschwerden schon? seit: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

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/Schwindel → EKG/ Echo/ Stehtest 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 (z.B. 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 dringenden 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)*

## Screening auf Post-Exertionelle-Malaise (PEM)

### Fragebogen

Kinder und Jugendliche (0-17 Jahre)

Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Ausfülldatum:	Ausfülldauer:	min

#### Hinweis für Kinder und Jugendliche:

Bitte hier ankreuzen, falls du den Fragebogen selbst ausgefüllt hast:

#### Hinweis für Eltern / Sorgeberechtigte:

Sollten Sie den Fragebogen stellvertretend oder gemeinsam mit Ihrem Kind ausgefüllt haben, bitten wir Sie hier ein Kreuz zu setzen:

Während der letzten 3 Monate			
	Liegt nicht vor	Häufigkeit 1 = manchmal 2 = etwa ½ der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Schwere 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer 4 = sehr schwer
1 Ein schweres, erschlagenes Gefühl nach Beginn körperlicher Betätigung	0	1 2 3 4	1 2 3 4
2 Nach alltäglichen Aktivitäten: am nächsten Tag Schmerzen oder Erschöpfung	0	1 2 3 4	1 2 3 4
3 Geistig ermüdet nach geringster (körperlicher oder mentaler) Anstrengung	0	1 2 3 4	1 2 3 4
4 Körperlich ermüdet nach geringster körperlicher Betätigung	0	1 2 3 4	1 2 3 4
5 Körperlich ausgelaugt oder Krankheitsgefühl nach alltäglichen Aktivitäten	0	1 2 3 4	1 2 3 4

6 Angenommen die Teilnahme an Freizeitaktivitäten, Sport oder Ausflügen mit Freunden hätte Dich erschöpft, würdest du dich innerhalb einer oder zwei Stunden nach Ende der Aktivität erholen?	Ja	Nein
7 Nimmst du eine Zunahme deiner Erschöpfung / deines Energiemangels wahr, nachdem du dich minimal körperlich angestrengt hast?	Ja	Nein
8 Nimmst du eine Zunahme deiner Erschöpfung / deines Energiemangels wahr, nachdem du dich minimal geistig angestrengt hast?	Ja	Nein
9 Falls du dich nach Aktivitäten schlechter fühlst, wie lange dauert es, bis die vermehrten Beschwerden wieder abgeklungen sind?	<input type="checkbox"/> < 1 Std. <input type="checkbox"/> 2-3 Std. <input type="checkbox"/> 4-10 Std. <input type="checkbox"/> 11-13 Std. <input type="checkbox"/> 14-23 Std. <input type="checkbox"/> > 24 Std.	
10 Vermeidest du Anstrengungen, weil diese deine Symptome verschlechtern?	Ja	Nein

Studien-ID: \_\_\_\_\_  
Datum Studientermin: \_\_\_\_\_  
Name (Ärzt\*in): \_\_\_\_\_

Dieses Feld bitte leerlassen, wird vom Studienzentrum ausgefüllt.



Klinikum rechts der Isar  
Technische Universität München

## **Bell-Score**

**Diese Punkteskala dient als Messinstrument für die Schwere, der durch die Erkrankung hervorgerufenen Einschränkungen. Bitte trage jeweils die Zahl ein, die am besten auf Dich zutrifft:**

Aktueller Bell-Score: \_\_\_\_\_

Niedrigster Bell-Score seit Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_

Höchster Bell-Score seit Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_

- 100** Keine Symptome in Ruhe; keine Symptome in Ruhe und bei körperlicher Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten.
- 90** Keine Symptome in Ruhe; leichte Symptome bei körperlicher und geistiger Belastung; insgesamt ein normales Aktivitätsniveau; ohne Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten.
- 80** Leichte Symptome in Ruhe; die Symptome verstärken sich durch Belastung; nur bei Tätigkeiten, die anstrengend sind, ist eine geringfügige Leistungseinschränkungen spürbar; mit Schwierigkeiten in der Lage, an Arbeitsplätzen, die Kraftanstrengungen erfordern, Vollzeit zu arbeiten.
- 70** Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 90% der Norm – mit Ausnahme von Tätigkeiten, die einer Kraftanstrengung bedürfen; mit Schwierigkeiten in der Lage, Vollzeit zu arbeiten.
- 60** Leichte Symptome in Ruhe; deutliche Begrenzungen in den täglichen Aktivitäten spürbar; der funktionelle Zustand beträgt insgesamt etwa 70%—90% der Norm; Unfähig, einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, wenn dort körperliche Arbeit gefordert wird; aber in der Lage, Vollzeit zu arbeiten, wenn es um leichte Arbeiten geht und die Arbeitszeit flexibel gehandhabt werden kann.
- 50** Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei körperlicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 4-5 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden.
- 40** Mittelschwere Symptome in Ruhe; mittelschwere bis schwere Symptome bei Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50%-70% der Norm reduziert; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 3-4 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden.
- 30** Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 50% der Norm reduziert; in der Regel ans Haus gefesselt; unfähig, anstrengende Arbeiten durchzuführen, aber in der Lage, leichte Arbeiten oder Schreibtischarbeit für 2-3 Stunden täglich durchzuführen, wobei Ruhepausen benötigt werden.
- 20** Mittelschwere bis schwere Symptome in Ruhe; schwere Symptome bei jeglicher Belastung oder Aktivität; der funktionelle Zustand ist auf 30%-50% der Norm reduziert; bis auf seltene Ausnahmen unfähig, das Haus zu verlassen; den größten Teil des Tages ans Bett gefesselt; unfähig, sich mehr als eine Stunde am Tag zu konzentrieren.
- 10** Schwere Symptome in Ruhe; die meiste Zeit bettlägerig; ein Verlassen des Hauses ist nicht möglich; deutliche kognitive Symptome, die eine Konzentration verhindern.
- 0** Ständig schwere Symptome; immer ans Bett gefesselt; unfähig zu einfachsten Pflegemaßnahmen.

Bell Disability Scale, Version vom 13.05.2022, freigegeben durch Prof. Dr. Uta Behrends

Original: Bell DS. The Doctor's Guide to Chronic Fatigue Syndrome: Understanding, Treating and Living with CFIDS. Boston: Da Capo Lifelong Books; 1995.

## Munich Berlin Symptom Questionnaire (MBSQ) – Ärztlicher Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche bei Verdacht auf Myalgische Enzephalomyelitis/ Chronisches Fatigue-Syndrom (ME/CFS)

Name:	Vorname:		
Geburtsdatum:			
Ausfülldatum:	Ausfülldauer:	min	

Name (Arzt*in):
Datum (Arzt*in):
Einrichtung:

Dieser Bogen stellt die Grundlage für ein **ärztliches Gespräch** dar. **Offene Punkte** oder **Verständnisprobleme** müssen im ärztlichen Gespräch geklärt werden. ME/CFS ist eine Ausschlussdiagnose. Aus dem alleinigen Ausfüllen dieses Fragebogens kann **keine Diagnose** abgeleitet werden. Die **ärztliche Beurteilung** muss zusammen mit dem Auswertungsbogen erfolgen. Bitte fülle den Fragebogen soweit möglich alleine aus und lass Dir falls nötig von Deinen Eltern helfen.

	Während der letzten 3 Monate				Ärztlicher Vermerk
	Liegt nicht vor	Häufigkeit 1 = manchmal 2 = etwa ½ der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Schwere 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer 4 = sehr schwer		
<b>I Fatigue/ Alltagsfunktion</b>					
1	Fatigue (Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Schläppheit, Schwäche, Mangel an Energie)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
2	Einschränkungen im Alltag - Schule/ Ausbildung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
3	Einschränkungen im Alltag – Sozial (Freunde, Familie)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
4	Einschränkungen im Alltag – Persönlich (Selbst)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
Falls Fatigue vorliegt:					
5	Die Fatigue hat neu oder zu einem definierbaren Zeitpunkt begonnen.			O Trifft zu. O Trifft nicht zu.	
6	Die Fatigue ist nicht Folge von anhaltender, exzessiver Belastung.			O Trifft zu. O Trifft nicht zu.	
7	Die Fatigue bessert sich deutlich durch Ausruhen.			O Trifft zu. O Trifft nicht zu.	
<b>II Belastungsintoleranz/ belastungsinduzierte Symptomverschlechterung*</b>					
8	Vermindertes geistiges oder körperliches Durchhaltevermögen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
9	Vermehrte Beschwerden nach alltäglichen Aktivitäten	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
Falls Belastungsintoleranz vorliegt:					
10	Wie lange dauert es nach alltäglichen Aktivitäten bis die vermehrten Beschwerden wieder abgeklungen sind?	O < 1 Std. O 11-13 Std.	O 2-3 Std. O 14-23 Std.	O 4-10 Std. O > 24 Std.	
11	Welche drei alltäglichen Aktivitäten führen zu vermehrten Beschwerden?	1..... 2..... 3.....			
12	Welche drei Symptome verschlechtern sich nach alltäglichen Aktivitäten?	1..... 2..... 3.....			
<b>III Schlaf</b>					
13	Unerholsamer Schlaf	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
14	Ungewöhnlich viel Schlaf tagsüber	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
15	Einschlafprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
16	Durchschlafprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
17	Vershobener Tag-Nacht-Rhythmus	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
<b>IV Schmerzen</b>					
18	Muskelschmerzen, muskelkaterartiges Gefühl	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
19	Gelenkschmerzen ohne Schwellung oder Rötung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
20	Kopfschmerzen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
21	Bauchschmerzen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

	Während der letzten 3 Monate				Ärztlicher Vermerk
	Liegt nicht vor	Häufigkeit 1 = manchmal 2 = etwa ½ der Zeit 3 = meistens 4 = immer	Schwere 1 = mild 2 = moderat 3 = schwer 4 = sehr schwer		
<b>V Neurokognitive Manifestationen</b>					
22	Verwirrung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
23	Verlangsamtes Denken	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
24	Konzentrationsprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
25	Gedächtnisprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
26	Orientierungsprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
27	Verständnisprobleme/ Aufmerksamkeitsprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
28	Wortfindungsstörungen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
29	Falls kognitive Beschwerden (Nr. 23-28) vorliegen, verschlechtern sich diese durch Anstrengung/ Stress oder Zeitdruck?			Ja Nein	
30	Geistesabwesenheit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
31	Schwierigkeiten, Informationen abzurufen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
32	Mangelnde Multitaskingfähigkeit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
33	Schwierigkeiten beim Ausdrücken v. Gedanken	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
34	Beim Denken oft den Faden verlieren	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
35	Neue Schulprobleme (z.B. in Mathematik)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
36	Wahrnehmungs-, Empfindungs- und/ oder Sinnesstörungen (z.B. verschwommenes Sehen)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
37	Koordinationsschwierigkeiten	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
38	Muskelzuckungen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
39	Muskelschwäche	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
40	Lichtempfindlichkeit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
41	Geräuschempfindlichkeit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
42	Berührungsempfindlichkeit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
43	Überlastung durch positive und/ oder negative Emotionen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

<b>VI Autonome Manifestationen</b>					
44	Schwindel/ Benommenheit	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
45	Herzklopfen/ Herzrasen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
46	Kreislaufprobleme beim Aufrichten	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
47	Kreislaufprobleme in aufrechter Position	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
48	Ungewohnte Blässe	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
49	Blasenprobleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
50	Magen-Darm-Probleme	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
51	Belastungsabhängige Atembeschwerden	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

<b>VII Neuroendokrine Manifestationen</b>					
52	Temperaturregulationsstörung (z.B. erniedrigte Temperatur, Temperaturschwankungen, Schwitzen, fiebriges Gefühl, kalte Hände/ Füße)	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
53	Unverträglichkeit von extremer Hitze/ Kälte	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
54	Gewichtsveränderung bei Appetitveränderung	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
55	Symptomverschlechterung bei Stress	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

<b>VIII Immunologische Manifestationen</b>					
56	Grippiges Gefühl/ generelles Krankheitsgefühl	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
57	Schmerzhafte Lymphknoten	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
58	Fieber	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
59	Wiederkehrende Halsschmerzen	0	1 2 3 4	1 2 3 4	
60	Neue Empfindlichkeit gegenüber Lebensmitteln, Medikamenten, Chemikalien	0	1 2 3 4	1 2 3 4	

<b>Sonstige Fragen zum Symptomverlauf</b>					
Falls Beschwerden vorliegen, was sind die drei Hauptbeschwerden dieses Fragebogens?		1.....			
		2.....			
		3.....			