



Anmeldung Post-COVID-Ambulanz

KLINIK DONAUSTAUF



Zentrum für Pneumologie,
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

**Kooperierende Lehr- und
Forschungseinrichtung der
Universität Regensburg**

Klinik Donaustauf
Ludwigstr. 68
93093 Donaustauf

Telefon: 09403 80-249
Telefax: 09403 80-212

Internet:
www.klinik-donaustauf.de

E-Mail:
information@klinik-donaustauf.de

1. Persönliche Daten:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

E-mail: _____

ambulant versichert: Kasse Privat

stationär versichert: Kasse Kasse + Zusatzvers. Privat

2. Aktuelle Beschwerden:

- Atemnot (Dyspnoe)
- andauernde Abgeschlagenheit/Müdigkeit (Fatigue)
- depressive Stimmungslage
- Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen
- Herzrasen/Brustschmerzen
- Schlafstörung
- Geruchs- bzw. Geschmacksstörung
- sonstige: _____

3. Angaben zur Infektion mit dem Coronavirus:

Zeitpunkt der positiven Testung sowie Erkrankungsbeginn: _____

Stationärer Aufenthalt wegen COVID-19? ja / nein, wenn ja, wann? _____

Mutmaßliche Infektion im beruflichen Umfeld? ja / nein

4. Vorerkrankungen (vor Beginn von COVID-19) einschließlich psychiatrischer/psychosomatischer Erkrankungen?

5. Medikamente:

Hier bitte Kennzeichnung (V) für Medikamente, welche bereits vor COVID-19 eingenommen wurden!

6. Angaben zum Rehabilitationsstatus:

Wurden bereits Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant oder stationär) durchgeführt?

ja / nein Wenn ja, wann? _____

Besteht weiterhin Arbeitsunfähigkeit (auszufüllen nur bei vorherigem Arbeitsverhältnis)?

ja/.....nein

Datum der Anmeldung: _____

Information zum Vorstellungstermin:

Wir bitten um Mitnahme von

- relevanten Arztbriefen und Untersuchungsbefunden
- falls vorhanden CDs mit Lungen- und ggf. Schädelbildgebung (Computertomographie, MRT, Röntgenbilder)
- Nachweis eines negativen PCR-Tests nach Akuterkrankung (ggf. Befund in Arztbrief enthalten)
- Überweisungsschein und Versicherungskarte (für gesetzlich versicherte Patienten)