UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm	**Interdisziplinäre Fatigue Ambulanz**	Öffentlich

Anfrage zur Vorstellung in der Postinfektiösen Fatigue Ambulanz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
um die Indikation zur Vorstellung in unserer Ambulanz und die Dringlichkeit der Terminvergabe besser einschätzen zu können und bei Bedarf mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können, bitten wir vorab um Zusendung des vollständig ausgefüllten Fragebogens per Fax an 0731 – 500 1257913. Vielen Dank!

Kontaktdaten zuweisende Praxis/Einrichtung			
Name, Vorname (Ärztin/Arzt)			
Fachrichtung		**BSNR, LANR**	
Praxis: PLZ, Ort		**Straße, Nr.**	
E-Mail-Adresse		**Telefon-Nr.**	

Kontaktdaten Ihrer Patientin, Ihres Patienten, die/den Sie in der Ambulanz vorstellen möchten		
_____ **Name, Vorname**	_____ **Geb.-Datum**	_____ **PLZ, Ort**
_____ **E-Mail-Adresse**	_____ **Tel.-Nr.**	_____ **Landkreis**

Welche der folgenden Punkte treffen für Ihre Patientin/Ihren Patienten zu?	**trifft zu**
Die Beschwerden sind **nach einer Infektion** (z.B. COVID) **neu aufgetreten** und bestehen seit **mindestens 12 Wochen.**	
▪ Fatigue > 6 Monate	
▪ Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme > 6 Monate	
▪ Kopfschmerzen > 3 Monate	
▪ Arbeitsunfähigkeit wegen postinfektiöser Symptomatik > 3 Monate	
Es hat bereits eine Vorstellung in einer Spezialambulanz/Schwerpunktpraxis stattgefunden, und zwar in: _____ am _____	

Aktueller Anlass für die Vorstellung in der Ambulanz

Ort, Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt, Praxisstempel

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm	**Interdisziplinäre Fatigue Ambulanz**	Öffentlich

Anfrage zur Vorstellung in der Postinfektiösen Fatigue Ambulanz

Fragen an Ihre Patientin, Ihren Patienten

I. Welche Aussage trifft am ehesten für Sie zu?	Trifft zu
Ich habe **keine Einschränkungen** in meinem täglichen Leben und **keine Symptome**, Schmerzen oder Ängste **im Zusammenhang mit der Infektion.**	
Ich habe vernachlässigbare Einschränkungen in meinem täglichen Leben, da ich alle üblichen Pflichten/ Aktivitäten ausführen kann, obwohl ich immer noch anhaltende Symptome, Schmerzen oder Angstzustände habe.	
Ich **leide unter Einschränkungen in meinem täglichen Leben**, da ich gelegentlich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten gewöhnliche Pflichten/ Aktivitäten vermeiden oder reduzieren oder über eine Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, **alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung durchzuführen.**	
Ich leide unter **Einschränkungen in meinem Alltag**, da ich aufgrund von Symptomen, Schmerzen oder Ängsten **nicht in der Lage bin, alle üblichen Aufgaben/ Aktivitäten auszuführen**. Ich bin jedoch in der Lage, **mich ohne jede Hilfe um mich selbst zu kümmern**.	
Ich leide unter **schweren Einschränkungen** in meinem Alltag. Ich bin **nicht in der Lage, für mich selbst zu sorgen**, und deshalb bin ich aufgrund von Symptomen/ Schmerzen oder Ängsten auf die Pflege und/ oder **Hilfe einer anderen Person angewiesen**.	

	II. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.	niemals	manchmal	regelmäßig	oft	immer
1	Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.					
2	Ich bin schnell müde.					
3	Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.					
4	Ich habe genug Energie für den Alltag.					
5	Körperlich fühle ich mich erschöpft.					
6	Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen.					
7	Es fällt mir schwer, klar zu denken.					
8	Ich habe keine Lust, etwas zu machen.					
9	Ich fühle mich geistig erschöpft.					
10	Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.					

Bitte beide Seiten per Fax an: 0731 – 500 125 79 13