



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, nennen Sie uns Ihre Kontaktdaten für etwaige Rückfragen und senden uns bitte diese drei Seiten, vollständig ausgefüllt per Fax an 0731 – 500 1257913. Vielen Dank!

### Teil 1: Fragen an die zuweisende Praxis / Einrichtung

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

Bitte beantworten Sie die folgenden Punkte für Ihre Patienten/Ihren Patienten, die/den Sie in der Ambulanz vorstellen möchten.	trifft zu
Die Beschwerden sind nach einer Infektion (z.B. COVID) neu aufgetreten und bestehen seit mind. 12 Wochen.	
Hat bereits eine Vorstellung in einer Spezialambulanz/Schwerpunktpraxis stattgefunden? Wenn ja, am: _____ wo? _____	
Welche der folgenden Punkte treffen für Ihre Patienten/Ihren Patienten zu (Mehrfachnennung möglich):	
▪ Fatigue > 6 Monate	
▪ Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprobleme > 6 Monate	
▪ Kopfschmerzen > 3 Monate	
▪ Arbeitsunfähigkeit wegen o.g. Symptomatik > 3 Monate	

Aus folgenden Gründen halte ich eine erneute Vorstellung in der Ambulanz für erforderlich:

Anfrage zur Vorstellung in der Postinfektiösen Fatigue Ambulanz

## Teil 2: 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
Ich leide unter Ermüdungserscheinungen.					
Ich bin schnell müde.					
Ich finde, dass ich an einem Tag wenig mache.					
Ich habe genug Energie für den Alltag.					
Körperlich fühle ich mich erschöpft.					
Es fällt mir schwer, Sachen anzufangen.					
Es fällt mir schwer, klar zu denken.					
Ich habe keine Lust, etwas zu machen.					
Ich fühle mich geistig erschöpft.					
Wenn ich mit etwas beschäftigt bin, kann ich mich gut darauf konzentrieren.					

## Anfrage zur Vorstellung in der Postinfektiösen Fatigue Ambulanz

III. Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben, indem Sie ein Kreuz in ein Kästchen jeder Gruppe machen.

Liegt vor

**Beweglichkeit und Mobilität**

Ich habe keine Probleme herumzugehen.

Ich habe einige Probleme herumzugehen.

Ich bin ans Bett gebunden.

**Für sich selber sorgen**

Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.

Ich habe einige Probleme, mich selbst zu waschen oder mich anzuziehen.

Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

**Alltägliche Tätigkeiten (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- und Freizeitaktivitäten)**

Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

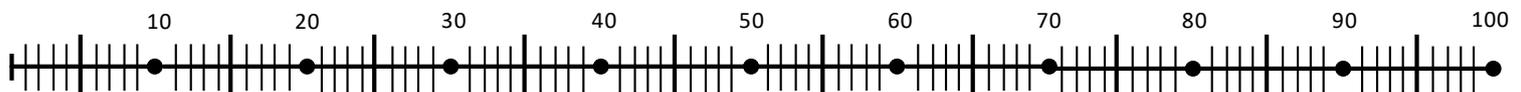
Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.

Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen.


Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, haben wir eine Skala gezeichnet, ähnlich einem Thermometer. Der best denkbare Gesundheitszustand ist mit einer „100“ gekennzeichnet, der schlechteste mit „0“.

Wir möchten Sie nun bitten, auf dieser Skala zu kennzeichnen, wie gut oder schlecht Ihrer Ansicht nach Ihr persönlicher Gesundheitszustand heute ist. Bitte verbinden Sie dazu den untenstehenden Kasten mit dem Punkt auf der Skala, der Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten wiedergibt.

 Ihr heutiger  
Gesundheitszustand

 Schlechtester denkbare  
Gesundheitszustand

 Best denkbare  
Gesundheitszustand

**Kontaktdaten Ihrer Patientin, Ihres Patienten, die/den Sie in der Ambulanz vorstellen möchten**

Name, Vorname		Geb.-Datum	
E-Mail-Adresse		Tel.-Nr.	

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit der Angaben

Ort, Datum

Unterschrift behandelnde Ärztin/Arzt, Praxisstempel

Quellenangaben zu den Assessments

 De Vries, Michiels H, Van Heck GL, Drent M. Measuring fatigue in sarcoidosis: the Fatigue Assessment Scale (FAS). Br J Health Psychol 2004; 9: 279-91.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15296678>

Klok FA, Boon GJ, Barco S et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. European Respiratory Journal 2020;56.

Colter J, Holtzman C, Dudun C, Jason LA. A Brief Questionnaire to Assess Post-Exertional Malaise. Diagnostics (Basel). 2018;8(3):66. Published 2018 Sep 11. Doi: 10.3390/diagnostics803066. Version 1, 04.09.2021, © Übersetzt und adaptiert von AG Prof. Dr. med. Uta Behrends, nach aktualisierter Version:

<https://www.leonardjason.com/wp-content/uploads/2021/DSQ-Short-Form-PEM-Questionnaire-1.pdf>, Zugriff 08.07.2021