EPOCA - Erfassungsbogen für Post-Covid Assessment

Übersicht

Abschnitt	Fragestellung	Ausgefüllt von	Bereich
Teil 1: Demographische und Klinische Hintergrundinformationen			
1.A.	Demographie	Self-rep	SozDe
1.B.	Gesundheitszustand vor akuten Covid-19 Erkrankung	HCP	SozDe
1.C.	Details zur akuten Covid-19 Erkrankung	HCP	SozDe
Teil 2: Arbeits- und Versicherungssituation			
2.A.	Arbeitssituation	HCP	SozDe
2.B.	Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit	Self-rep	VMED
2.C.	Erwartungen bezüglich Rückkehr zur Arbeit	Self-rep	VMED
2.D.	Versicherungssituation	HCP / Self-rep	VMED
Teil 3: Funktionelle Einschränkungen			
3.A.	Selbständigkeit, Möglichkeit, sich selbst zu versorgen	Self-rep	Gen
3.B.	Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)		
Teil 4: Symptome der Covid-19 Erkrankung & Behandlung			
4.A.	Liste Symptome/Beschwerden	HCP	Gen/Int
4.B.	Aktuelle Behandlung		
Teil 5: Fragebögen			
5.A.	Allgemeiner Gesundheitszustand	Self-rep	Gen/Int
5.B.	Wahrgenommene Genesung	Self-rep	Gen/Int
5.C.	Ermüdung: Fatigue Severity Scale	Self-rep	Phys
5.D.	Kraft/Ausdauer: 1. Minute Sitzen zu Stehen Test	HCP	Phys
5.E.	Atemnot: CRQ-Fragebogen	Self-rep	Pulm
5. F.	Kognitive Funktion: DemTect	HCP	Kog/Psy
5.G.	Psych. Wohlbefinden: Five Well-being index (WHO-5)	Self-rep	Kog/Psy
Teil 6: Empfehlung / weitere Massnahmen			
6.A.	Fachmedizinische Abklärung	HCP	VMED
6.B.	Rehamassnahme		
6.C.	Arbeitstraining		
6.D.	Wiederaufnahme Arbeit		
6. E.	anderes:		

HCP:	Health Care Professional (Arzt)
SozDem:	Soziodemographisch
Kog/Psy:	Kognition/Psyche
VMED:	Versicherungsmedizin
Gen/Int:	Generell, Internistisch
Pulm:	Pulmonal
Phys:	Physisch

Teil 1: Demographische und Klinische Hintergrundinformationen

Versicherungsnummer:
Name:

1.A. Demographie

Alter _____

Geschlecht _____

Grösse / Gewicht _____

Höchste abgeschlossene Ausbildung _____

Muttersprache _____

Zivilstand _____

1.B. Gesundheitszustand vor der akuten Covid-19 Erkrankung

	Ja	Nein
Krebs	O	O
Chronische Herzkrankheit	O	O
Chronische Nierenkrankheit	O	O
Chronische Leberkrankheit	O	O
Asthma	O	O
Chronische Neurologische Erkrankung	O	O
Diabetes	O	O
Bluthochdruck	O	O
Immunschwäche/-Defizienz	O	O
Psychiatrische Probleme	O	O

falls ja: _____

Übergewicht (BMI >30 kg/m2)	O	O
Andere Gesundheitsprobleme	O	O

falls ja: _____

Raucher (früher, aktuell, nie)	Früher	Aktuell	Nie
	O	O	O

Allergien – bitte präzisieren	Ja	Nein
	O	O

falls ja: _____

1.C. Details zur akuten Covid-19 Erkrankung

Datum des Beginns der Symptome tt/mm/jjj

Datum der Diagnosestellung tt/mm/jjj

Mit welchem Test wurde die Diagnose gestellt

PCR, Schnelltest, andere (bitte angeben) _____

Schwere der akuten Covid-19 Erkrankung _____

(Hospitalisiert / Sauerstoffgabe / MV / medikamentöse Behandlung)

Teil 2: Arbeits- und Versicherungssituation

2.A. Arbeitssituation

Aktuelle Tätigkeit _____

Anstellungsverhältnis — angestellt ○ | selbständig ○ | andere ○

wenn andere, bitte präzisieren: _____

Arbeitspensum
Angabe in % oder Stunden / Woche _____

Körperliche Beanspruchung bei der Arbeit — leicht ○ | mittel ○ | schwer ○

Geistige Beanspruchung bei der Arbeit — leicht ○ | mittel ○ | schwer ○

Möglichkeit zur Anpassung der Beanspruchung in der Berufstätigkeit — ja ○ | nein ○ | weiss nicht ○

Wahrgenommene Einschränkungen bei der Arbeit — ja ○ | nein ○

Angst vor Stellenverlust — ja ○ | nein ○

2.B. Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten:
Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?
(0 bedeutet, dass Sie derzeit ganz arbeitsunfähig sind)

1-10: ☐

2.C. Erwartungen bezüglich Rückkehr zur Arbeit

Ich glaube, dass ich fähig sein werde, meine bisherigen Aufgaben bei der Arbeit wieder zu erfüllen und an meine Arbeit zurückzukehren — Ja ○ | Nein ○

2.D. Versicherungssituation

Wenn Sie Taggelder beziehen, welche Versicherung ist involviert (Krankentaggeld, Unfallversicherung) — KTG ○ | UV ○ | keine ○

Derzeitiger Grad der Arbeitsunfähigkeit in % _____

Seit wie vielen Tagen besteht die Krankschreibung _____

Seit wie vielen Tagen erhalten Sie Krankentaggelder _____

Ist eine Begutachtung geplant/angekündigt — Ja ○ | Nein ○

Ist die Invalidenversicherung involviert, falls ja, wie (Berufseingliederungsmassnahmen, Rente) _____

Erlebten Sie Probleme mit der Versicherung bezüglich Ihrer Erkrankung (z.B. Übernahme der Heilbehandlungskosten, Rehamassnahmen, Taggelder etc.) — Ja ○ | Nein ○

Teil 3: Funktionelle Einschränkungen

3.A. Selbständigkeit, Möglichkeit, sich selbst zu versorgen

- ○ gleich wie vor Covid-19
- ○ schlechter als vor Covid-19
- ○ besser als vor Covid-19
- ○ weiss nicht

3.B. Post-COVID-19 Functional Status (PCFS)

Wie stark sind Sie derzeit in Ihrem Alltag von COVD-19 betroffen?

Bitte geben Sie an, welche der folgenden Aussagen am ehesten auf Sie zutrifft. Bitte kreuzen Sie jeweils nur ein Kästchen an.

		Entsprechende Note auf der PCFS-Skala, wenn das Kästchen angekreuzt ist
Ich habe keine Einschränkungen in meinem täglichen Leben und keine Symptome, Schmerzen oder Ängste im Zusammenhang mit der Infektion.	☐	0
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.	☐	1
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 die Zeit verteilen muss. Ich bin jedoch in der Lage, alle Aktivitäten ohne jegliche Unterstützung auszuführen.	☐	2
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.	☐	3
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.	☐	4

Teil 4: Symptome der Covid-19 Erkrankung

4.A. Liste Symptome/Beschwerden

Verspüren Sie (aktuell) irgendwelche der untenstehenden Symptome/Beschwerden?

Symptom	Ja, ständig	Ja, gelegentlich	Nein	Bereits vor Covid-19 Erkrankung bestehend	Nach Covid-19 Erkrankung verschlimmert
Druck auf dem Brustkorb	O	O	O	O	O
Verstopfung	O	O	O	O	O
Durchfall	O	O	O	O	O
Menstruationsbeschwerden	O	O	O	O	O
Schwindelgefühle	O	O	O	O	O
Fieber	O	O	O	O	O
Vergesslichkeit	O	O	O	O	O
Zuckungen der Arme/Beine	O	O	O	O	O
Gelenksschmerzen / -schwellungen	O	O	O	O	O
Appetitverlust	O	O	O	O	O
Übelkeit / Erbrechen	O	O	O	O	O
Taubheit / Kribbelgefühle (z.B. in den Fingern)	O	O	O	O	O
Schmerzen beim Atmen	O	O	O	O	O
Herzklopfen	O	O	O	O	O
Hartnäckiger trockener Husten	O	O	O	O	O
Anhaltende Müdigkeit	O	O	O	O	O
Hörprobleme	O	O	O	O	O
Kopfschmerzen	O	O	O	O	O
Muskelschmerzen	O	O	O	O	O
Erschöpfung nach körperlicher Anstrengung	O	O	O	O	O
Probleme mit dem Sehen	O	O	O	O	O
Schluckprobleme	O	O	O	O	O
Einschränkung des Riechens	O	O	O	O	O
Einschränkung des Schmeckens	O	O	O	O	O
Tinnitus	O	O	O	O	O
Kurzatmigkeit	O	O	O	O	O
Hausausschlag	O	O	O	O	O
Schlafstörungen	O	O	O	O	O
Übermässiges Schlafbedürfnis	O	O	O	O	O
Muskelsteifigkeit	O	O	O	O	O
Magenschmerzen	O	O	O	O	O
Zittern	O	O	O	O	O
Mühe mit der Konzentration	O	O	O	O	O
Schwäche (Arme, Beine)	O	O	O	O	O
Erektionsprobleme	O	O	O	O	O
Anderes (bitte angeben)					

4.B. Aktuelle Behandlung

Wurde aufgrund von Symptomen oder Komplikationen nach der Infektion eine der folgenden Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen?

	Ja	Nein
1. Psychologische Beratung und Betreuung	O	O
2. Physiotherapie	O	O
3. Ergotherapie	O	O
4. Rehabilitation der Lunge/Atemwege	O	O
5. Allgemeine körperliche Rehabilitation	O	O
6. Andere (bitte angeben) _____		

	Ja	Nein	Wenig
Haben diese Therapien geholfen?	O	O	O

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (listen Sie bitte alle Medikamente auf)

_____

_____

_____

Teil 5: Fragebögen

5.A. Allgemeiner Gesundheitszustand

"Gefühls-Thermometer"

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit **HEUTE** ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.

Bitte klicken Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

5.B. Wahrgenommene Genesung

Wie schätzen Sie Ihre Erholung von der Covid-19 Erkrankung ein?

Wie fühlen Sie sich jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt, als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus festgestellt wurde?

- O 1. Sie sind **vollständig** genesen und symptomfrei
- O 2. Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund (**nicht so wie vorher**)
- O 3. Es geht Ihnen weder besser noch schlechter, **Sie sind immer noch gleich krank**
- O 4. Es geht Ihnen schlechter

5.C. Ermüdung: Fatigue Severity Scale (FSS)

Bitte kreisen Sie die Zahl zwischen 1 und 7 ein, die Ihrer Meinung nach am besten zu den folgenden Aussagen passt. Dies bezieht sich auf Ihre übliche Lebensweise in der letzten Woche. 1 bedeutet "trifft nicht zu" und 7 bedeutet "trifft voll zu".

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Käschen an)

	trifft NICHT zu						**trifft VOLL zu**
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ich habe weniger Motivation, wenn ich erschöpft bin	O	O	O	O	O	O	O
Körperliche Betätigung führt zu mehr Erschöpfung	O	O	O	O	O	O	O
Ich bin schnell erschöpft	O	O	O	O	O	O	O
Die Erschöpfung beeinflusst meine körperliche Belastbarkeit	O	O	O	O	O	O	O
Die Erschöpfung verursacht Probleme für mich	O	O	O	O	O	O	O
Meine Erschöpfung behindert körperliche Betätigung	O	O	O	O	O	O	O
Die Erschöpfung behindert mich an der Ausführung bestimmter Aufgaben und Pflichten	O	O	O	O	O	O	O
Die Erschöpfung gehört zu den drei mich am meisten behindernden Beschwerden	O	O	O	O	O	O	O
Die Erschöpfung hat Einfluss auf meine Arbeit, meine Familie bzw. mein soziales Leben	O	O	O	O	O	O	O

Mittelwert: _____

Bei der Fatigue Severity Scale müssen die Patienten jede Aussage auf einer Skala von 1 (trifft nicht zu) bis 7 (trifft voll zu) bewerten. Der Therapeut berechnet im Anschluss den Mittelwert. Ein Mittelwert über 5 weist auf deutliche Fatigue hin.

5.D. Kraft/Ausdauer: 1. Minute Sitzen zu Stehen Test

Anweisung:

„Stehen Sie 1 Minute lang von diesem Stuhl auf und setzen sich ohne Pause wieder hin. Achten Sie darauf, dass die Knie beim Aufstehen gestreckt und beim Sitzen zu ca. 90 Grad gebeugt werden. Sie dürfen beim Aufstehen Ihre Arme nicht (aktiv) zu Hilfe zu nehmen. Kreuzen Sie diese vor dem Körper."

Test:

Konnte der Test durchgeführt werden? Ja O Nein O

Ja → wie viele Zyklen Sitzen/Aufstehen von einem Stuhl waren in 1 Minute möglich: ☐

Nein
- o der Patient hat das nicht durchgeführt
- o der Arzt hat entschieden, dass der Test nicht durchgeführt werden kann

5.E. Fragebogen zur Atemnot: Chronic Respiratory Disease Questionnaire (CRQ)

Nachfolgend finden Sie eine Liste von Tätigkeiten, die bei manchen Menschen mit Lungenproblemen Kurzatmigkeit hervorrufen.

Kreuzen Sie bitte bei jeder der folgenden Tätigkeiten die Antwort an, die am besten beschreibt, wie stark in den LETZTEN 2 WOCHEN Ihre Kurzatmigkeit war, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit ausgeübt haben.

Das Kästchen in der letzten Spalte kreuzen Sie bitte an, wenn Sie die jeweilige Tätigkeit in den letzten zwei Wochen NICHT AUSGEÜBT haben.

(Kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Tätigkeiten	Extreme Kurz-atmig-keit	Starke Kurz-atmig-keit	Ziemli-che Kurz-atmig-keit	Mässige Kurz-atmig-keit	Leichte Kurz-atmig-keit	Sehr leichte Kurz-atmig-keit	Gar keine Kurz-atmig-keit	Nicht ausge-übt
1	Gefühle Wie z. B. Ärger oder Verdruss	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Sich um Ihre Grundbedürfnisse kümmern (baden, duschen, essen oder sich anziehen)	1	2	3	4	5	6	7	8
3	Zu Fuss gehen	1	2	3	4	5	6	7	8
4	Aufgaben im Haushalt erledigen (z.B. Hausarbeit, Lebensmittel einkaufen)	1	2	3	4	5	6	7	8
5	Kontakte und Unternehmungen mit anderen Menschen	1	2	3	4	5	6	7	8

Auswertung CRQ
Mindestens 3 von 5 Fragen müssen beantwortet werden, um den Score zu berechnen. Es werden nur die Werte 1-7 gezählt. Der Score entspricht dem Mittelwert d.h. die Summe der Werte aller beantworteten Fragen, geteilt durch die Anzahl Fragen.

Beispiel mit 5 beantworteten Fragen: 4 + 5 + 4 + 3 + 4 = 20 / 5 = Score 4
Beispiel mit 3 beantworteten Fragen: 2 + 3 + 4 = 9 / 3 = Score 3

5.F. Fragebogen zur kognitiven Funktion: DemTect

1. Wortliste

„Ich werde Ihnen jetzt langsam eine Liste von 10Worten vorlesen. Danach wiederholen Sie bitte möglichst viele dieser Worte. Auf die Reihenfolge kommt es nicht an." (erste Wortliste)

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

„Vielen Dank. Nun nenne ich Ihnen die gleichen 10Worte ein zweites Mal.Auch danach sollen Sie wieder möglichst viele Worte wiederholen."

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Richtig erinnerte Begriffe (max.20) ☐

2. Zahlen-Umwandeln

„Wie Sie in dem Beispiel sehen können, kann man die Ziffer „5" auch als Wort „fünf" schreiben und das Wort „drei" auch als Ziffer „3" schreiben. Ein Teil der Aufgabe ist so, wie wenn Sie einen Scheck ausfüllen würden. Ich bitte Sie nun, die Ziffern in Worte und die Worte in Ziffern zu schreiben."

Beispiel: 5 = fünf drei = 3

209 =	
4054 =	
sechshunderteinundachtzig =	
zweitausendsiebenundzwanzig =	

Richtige Antworten (max.4)

3) Supermarktaufgabe

„Nennen Sie mir bitte so viele Dinge wie möglich, die man im Supermarkt kaufen kann.Sie haben dafür eine Minute Zeit."

Genannte Begriffe (max.30)

4) Zahlenfolge rückwärts

„Ich werde Ihnen jetzt eine Zahlenreihe nennen, die Sie mir dann bitte in umgekehrter Reihenfolge wiederholen sollen.Wenn ich beispielsweise „vier-fünf" sage, dann sagen Sie bitte „fünf-vier" .

1 .Versuch	**2.Versuch**
7-2	8- 6
4-7-9	3-1 -5
5-4-9-6	1 -9-7-4
2-7-5-3-6	1 -3-5-4-8
8-1 -3-5-4-2	4-1 -2-7-9-5

Wertung
2
3
4
5
6

Längste richtige rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max.6)

5) Erneute Abfrage der Wortliste

„Ganz am Anfang dieses Tests habe ich Ihnen 10 Worte genannt. Können sie sich noch an diese Worte erinnern?"

Teller	Hund	Lampe	Brief	Apfel	Hose	Tisch	Wiese	Glas	Baum
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□

Richtig erinnerte Begriffe (max.10)

Auswertung:

Punktzahl	**Diagnose**	**Handlungsempfehlung**
13-18	altersgemäße kognitive Leistung	nach 12 Monaten bzw.bei Auftreten von Problemen erneut testen
9-12	leichte kognitive Beeinträchtigung	nach 6 Monaten erneut testen - Verlauf beobachten
< 8	Demenzverdacht	weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten

Umrechnungstabellen

Wortliste					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
< 7	< 6	< 9			0
8-10	7-8	10-11			1
11-12	9-10	12-13			2
> 13	> 11	>14			3
Zahlen-Umwandeln					
Anzahl richtiger Umwandlungen					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	< 1			0
1-2	1-2	2			1
3	3	3			2
4	4	4			3
Supermarkt-Aufgabe					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0-12	0-5	<17			0
13-15	6-9	18-22			1
16-19	10-15	23-27			2
> 20	> 16	>28			4
Zahlenfolge rückwärts					
Länge der Zahlenfolge					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	<2			0
2-3	2	3			1
4	3	4			2
> 5	> 4	5			3
Verzögerter Abruf					
Anzahl genannter Begriffe					
< 60 Jahre	> 60 Jahre	40 -			Punkte
0	0	<4			0
1-3	1-2	5			1
4-5	3-4	6			2
		7			3
> 6	> 5	>8			5

5.G. Fragebogen zur Selbsteinschätzung des aktuellen psychischen Wohlbefindens:

Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den letzten zwei Wochen. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten zwei Wochen …	**Die ganze Zeit**	**Meistens**	**Etwas mehr als die Hälfte der Zeit**	**Etwas weniger als die Hälfte der Zeit**	**Ab und zu**	**Zu keinem Zeitpunkt**
… war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0
… habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt	5	4	3	2	1	0
… war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren	5	4	3	2	1	0

Interpretation:

Total score: (Totale Punktzahl)

Der Rohwert kommt durch einfaches Addieren der Antworten zustande. Der Rohwert erstreckt sich von 0 bis 25, wobei 0 das geringste Wohlbefinden/niedrigste Lebensqualität und 25 grösstes Wohlbefinden, höchste Lebensqualität bezeichnen.

Den Prozentwert von 0 -100 erhält man durch Multiplikation mit 4. Der Prozentwert 0 bezeichnet das schlechteste Befinden, 100 das beste.

Teil 6: Empfehlung / weitere Massnahmen

6.A. Fachmedizinische Abklärung

Fachmedizinische Abklärung oder Behandlung erforderlich:
Überweisung an: _____
für: _____
_____

6.B. Rehamassnahme

ambulant ☐ welche: _____
wo: _____

stationär ☐ welche: _____
wo: _____

Rehaziele: _____
_____

6.C Arbeitstraining

Ziele des Trainings: _____

Dauer/Umfang: _____

Beim bisherigen Arbeitgeber möglich ja ☐ nein ☐ ? ☐

Unterstützung für Organisation Arbeitstraning nötig ja ☐ nein ☐

6.D Wiederaufnahme der Arbeit

☐ war nie, oder ist nicht mehr eingeschränkt
☐ uneingeschränkt möglich ab wann _____
☐ eingeschränkt möglich ab wann _____
wieviele Stunden pro Tag/Woche _____

Einschränkungen: _____
_____

☐ nicht möglich

6.E Anderes

☐ Keine Massnahmen nötig. Bisherige Arbeitstätigkeit weiterführen.
☐ Anpassung aktuelle Arbeitstätigkeit. Wie: _____

Sind weitere, andere Massnahmen zur beruflichen Rehabilitation nötig? ja ☐ nein ☐
welche: _____

Bemerkungen: _____
_____
_____

Datum _____ Sign. _____