		Date		Patient		1
		Participant		Visit		]
	aTu:al®	Centre			ily Visitenabfrage	
se	cuTrial®	Project P	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Visitenregistrierung	
	Visitenregistrieru	ıng			(V1.	01)
A.1	Wurde die Visite d	urchgeführt'	?			
	○Ja ○Nein	Ü				
A.2	Warum wurde die	Vicito nicht	durchaefuchrt?			
	warum wurde die	Visite iliciit	uurengeluenit			
A.2	Datum der Visite:					
A.3	Kam es zur erfolg Blutentnahme?		e ist die Labor-ID eser Blutentnahme:	Warum kam es zu vollständigen Blutentnahme?	keiner	
	<ul><li>Ja, vollständig.</li><li>Ja, aber unvollständig.</li><li>Nein</li></ul>					
A.4	Liegt der Patient a	auf der	Datum der Aufna	ıhme:	Uhrzeit der Aufnahme (Kein Pflichtfeld)	
	○Ja ○Nein		dd.mm.yyyy	,	hh:mm	
	Einschlusskriterie	n				
B.1	Gibt es eine gesic	herte Diagno	ose von COVID-19?			
B.2	Liegt eine untersc Einwilligungserklä		Wer hat die Einw unterschrieben? ○ Patient ○ Gese	etzliche*r	Datum der Einwilligungserklärung:	
			Vertro	eter*in		
B.3	Wurde der Patient ○ Ja ○ Nein	t über das Ko	onsiliararztverfahren ei	ngeschlossen?		
	Your contact for question	ns about data en	try:			
	Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health					

Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

ecuTrial®	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Angaben bei Studieneinschluss
oouTrial*	Centre		Form family	Anamnese
	Participant		Visit	
	Dorticinant		, 1	
	Date		Patient	
	Doto		1	

JU	<b>Guillal</b> Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Angaben bei Studieneinschluss
	Angaben bei Studieneins	chluss		(V1.01)
	Zusatzinformationen der Ch	arité		
A.1	In welchem Campus wird d	er Patient behandelt?		
A.2	Erfolgt eine stationäre Behandlung im Krankenhaus? O Ja O Nein	Station:	Bitte benennen Sie o Station:	die
A.3	Wurde der Patient auch in d COVIMMUN Studie eingeschlossen? O Ja O Nein	der Patientennumme COVIMMUN:	er/Pseudonym	
	Patienteninformationen			
В.1а		verden wissentlich esenermaßen an		
B.1b	Leben im selben Haushalt	:		
	Im Rahmen von Patient*in	nenversorgung ohne adäd	quaten Schutz:	
	Umgang mit infektiösen P	roben oder Körperflüssigk	keiten:	
	Arbeit im selben Raum:			
	Aufenthalt im selben Klass	senzimmer/Hörsaal:		
	Aufenthalt im selben Raur	n (Abstand<2m):		
	Reisen im selben Verkehrs	smittel (Abstand<2m):		
	Sonstiger direkter Kontak	t (Abstand<2m):		
B.2	War der/die Patent*in in der Beginn der Beschwerden in oder einer Ambulanz, in der behandelt wurden?	n einem Krankenhaus		
B.3	War der/die Patent*in in der Beginn der Beschwerden ir COVID-19 Proben verarbeit O Ja O Nein	n einem Labor, in dem		
B.4a	Leben Kinder im selben Ha	ushalt?		
B.4b	Welche Altersgruppen gibt	es im Haushalt?		

	Kinder unter einem Jahr:			Anzahl Kinder	
	Kinder zwischen 1-6:			Anzahl Kinder	
	Kinder zwischen 7-12:			Anzahl Kinder	
	Kinder zwischen 13-18:		П	Anzahl Kinder	
	Kinder größer 18:		П	Anzahl Kinder	
B.5a	Hat der/die Patient*in regelmäßig ○Ja ○Nein ○Unbekannt	g (min 1x	/Mon	at) direkten (physischen) Ko	ntakt zu Enkelkindern?
B.5b	Mit welchen Enkeln hatte der/die	Patient*	in Ko	ntakt?	
	Enkel unter einem Jahr:		П	Anzahl Enkel	
	Enkel zwischen 1-6:		П	Anzahl Enkel	
	Enkel zwischen 7-12:		П	Anzahl Enkel	
	Enkel zwischen 13-18:		П	Anzahl Enkel	
	Enkel größer 18:			Anzahl Enkel	
	Effici großer 10.		Ш	Alizani Elikoi	
	Your contact for questions about data entry:				
	Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail				
	E-iviali				
	Possible entries				
		entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
1)	Possible entries	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
1)	Possible entries  Please select one of the following e	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
1)	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
1)	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin Campus Charité Mitte Campus Virchow Klinikum  W13 W41 W43i	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MIN-146	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MIN-146  MID-147i	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MID-144i  MID-147i  MIN-148	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MIN-146  MID-147i  MIN-148  MID-149	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following entries  Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MID-144i  MID-147i  MIN-148  MID-149  MID-203Ai	entries fo	r the o	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MIN-146  MID-147i  MIN-148  MID-203Ai  MID-203Bi	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.
	Possible entries  Please select one of the following of Campus Benjamin Franklin  Campus Charité Mitte  Campus Virchow Klinikum  W13  W41  W43i  W48  W59  MIN-141  MID-144i  MID-144i  MID-147i  MIN-148  MID-149  MID-203Ai  MID-203Bi  2a	entries fo	r the d	corresponding items marked al	pove.

Participant Visit	<u>secuTrial®</u>	Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form far Form	,	Anamnese Demographie	
		Participant	ant	Visit			
Date Patient		Date		Patient			

<b>5</b> 5	<b>LUIIIAL</b> Project	Pa-COVID-	19 (V1.01)	Form	Demographie	
	Demographie					(V1.01)
	Α					
A.1	Alter bei Einschluss  [Jahre]					
A.2	Geschlecht  Männlich Weiblich	Divers				
A.3	Gewicht [Kg]	<b>G</b> e	wicht nicht bekannt			
A.4	Größe [cm]	Gr □	öße nicht bekannt			
A.5	BMI Score [kg/m²]					
	В					
B.1	Liegt eine Schwangersc	haft vor? Sc	hwangerschaftswocl	he:		
B.1	Frage nach Schwangers	chaft ausgeble	ndet			
B.2	Arbeitet die/der Patient*in einer medizinischen Einrichtung oder in eine Pflegeeinrichtung?	Patientenve	rsorgung/Pflege?		<b>Im Labor?</b> ○ Ja ○ Nein	
	O Nein O Unbekannt					
B.3	Wann hatte der/die Pater	nt*in zum erste	n Mal Beschwerden?			
	dd.mm.yyyy		Unbekannt			
B.4	Wann erfolgte die station (Eingabe der Uhrzeit wenn beka	nnt)				
	dd.mm.yyyy hh:m		Unbekannt			
B.5	Wann wurde die Diagnos (Datum der Abnahme des positiv Tests (PCR))  dd.mm.yyyy	_	Unbekannt			
R 62	Wie wurde die Diagnose	_				
<b>⊿.</b> ∪a	_	gestent:				
	PCR:					
	Andere:					
	Unbekannt: □					

B.6b	Zusatzinformation PCR:  Nasen-Rachenabstrich	Zusatzinformation andere Diagnose, bitte spezifizieren Sie die Auswahl:
	Anderer Ort	
B.7a	Wo wurde die Diagnose gestellt?	
B.7b	Zusatzinformation Diagnoseort, bit	te spezifizieren Sie Ihre Angabe:
	Your contact for questions about data entry:	
	Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	
	Possible entries	
	Please select one of the following enti-	ries for the corresponding items marked above.
1)	Charité Universitätsmedizin	
	Vivantes Klinikum	
	Praxis/Niedergelassener Arzt	
	Andere Teststelle	
	Unbekannt	

Vorerkrankunge	n und Risik	kofaktoren 1/2			(V1.0
occuii iai	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Forr	n	Vorerkrankungen und Risikofaktoren 1
secuTrial®	Centre		Forr	m family	Anamnese
	Participant		Visit	t	
	Destisions		Pau	ent	
	Date		Pati	ont	

20	cuTrial® Centre				Form family	
		Pa-COVID-19 (V	, 		Form	Vorerkrankungen und Risikofaktoren 1/2
	Vorerkrankungen und Risik	kofaktoren 1/2	2			(V1.01)
A 4						
A.1	Wurde der Karnofsky-Index erfasst und ist dem Studient bekannt?	Karno eam	fsky-Index:			
	<ul><li>Ja</li><li>Nein</li><li>Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.</li></ul>	[%	<b>6</b> ]			
A.2	Wurde der Barthel-Index erfa und ist dem Studienteam bekannt?	sst Barthe	el-Index:			
	<ul><li>Ja</li><li>Nein</li><li>Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.</li></ul>	[Pt	unkte]			
В	Ist der/die Patient*in in einer OJa ONein OUnbekannt	Pflegeeinricht	ung unterge	bracht?		
C.1	Leidet der/die Patient*in unte	er mind. einer l	Herz-Kreislaı	uf-Erkra	nkung?	
C.2a	Erkrankung:	Vorhanden?			NYHA Klassi	fikation
	Bluthochdruck	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
	Zustand nach Herzinfarkt	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
	Herzrhythmusstörungen	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
	Herzinsuffizienz	○Ja ○Nein	OUnbekann	t	1)	
	pAVK	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
	Z.n. Revaskularisation	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
	Andere	○Ja ○Nein	OUnbekann	t		
C.2b	Bitte spezifizieren Sie andere					
	Sitte Spezifizieren die andere	•				
D.1	Leidet der/die Patient*in unter	er mindestens	einer chronis	schen L	ungenerkra	nkungen?
D.2a	An welcher chronischen Lun	generkrankun	g leidet der/d	lie Patie	ent*in?	
			Ja	Nein	Unbekanr	nt
	Asthma		0	0	0	
	COPD		0	0	0	
	Lungenfibrose	. Home with	0	0	0	
	Lungenhochdruck/pulmonale OHS	e rrypertonie	0	0	0	
	Schlafapnoe / OSAS		0	0	0	

	Cystische Fibrose Andere		0	0	0		
D.2b	Bitte spezifizieren Sie a	ındere:		Ü	Ü		
E.1	Bestand bereits vor de		en Erkrankung eine Sa	auerstoff- o	der Beatmu	ngstherapie?	
E.2a	Welche Sauerstoff- ode	r Beatmu	ıngstherapie bestand	vor der akt	uellen Erkra	ankung?	
				Ja	Nein	Unbekannt	
	NIV/nicht invasive Beat			0	0	0	
	LTOT/Langzeitsauersto			0	0	0	
	CPAP/continous positivity invasive Beatmung	ve airway	/ pressure Beatmung	0	0	0	
	Andere			0	0	0	
						V	
E.2b	Bitte spezifizieren Sie a	ındere:					
F.1	Leidet der/die Patient*i		oetes?				
F.2	Wann war die Erstdiagr	ose?					
	ууууу		☐ Unbekannt				
F.3	An welchem Typ Diabe  Typ 1 Typ 2 Unbekannt	tes leide	t der/die Patient*in?				
F.4	Gibt es eine Insulinther	-					
F.5a	Nimmt der/die Patient*i ○ Ja ○ Nein ○ Unbekar		antidiabetika?				
F.5b	Sulfonylharnstoffe:						
	Metformin:						
	GLP-1-Analoga:						
	DPP4-Hemmer:						
	SGLT-2-Hemmer:						
	Unbekannt:						
	Andere:						
F.5c	Bitte spezifizieren Sie a	ındere:					
F.6a	Gibt es Diabetes-spezit	ische Ko	omplikationen?				

secuTrial® 5.6.1.7, 2020

Page 2 of 4

	○Ja ○Nein ○Unbekannt					
F.6b	Diabetische Nephropathie:					
	Diabetische Retinopathie:					
	Diabetischer Fuß:					
	pAVK:					
	Polyneuropathie:					
	Andere:					
F.6c	Bitte spezifizieren Sie die Ko	mnlikat	tionen:			
	bitte spezifizieren die die No	Прпка	itionen.			
G	Leidet der/die Patient*in an e ○ Ja ○ Nein ○ Unbekannt	iner Fe	ettstoffwechselst	örung?		
H.1	Leidet der/die Patient*in an e	iner ch	nronischen Niere	nerkrankur	ng?	
H.2a	Ist der/die Patien*in dialysep ○ Ja ○ Nein ○ Unbekannt	flichtigʻ	1?			
H.2b	Art der Dialyse:  O Hämodialyse O Peritoneladialyse O Unbekannt					
I.1	Leidet der/die Patient*in an e ○Ja ○Nein ○Unbekannt	iner ch	nronischen Lebei	rerkrankun	g?	
I.2a	An welcher chronischen Leb	ererkraı	ınkung leidet der	/die Patient	t*in?	
			Ja	Nein	Unbekannt	
	Fettleber		0	0	0	
	Leberzirrhose		0	0	0	
	Chron. Hepatitis B		0	0	0	
	Hepatitis C Autoimmunhepatitis		0	0	0	
	Andere		0	0	0	
I.2b	Bitte spezifizieren Sie die chi	ronisch			Ü	
J.1	Leidet der/die Patient*in unte	er mind.	l. einer chronisch	nen neurolo	ogischen Erkra	ankung?
J.2a	An welcher chronischen neu	rologiso	chen Erkrankunç	g leidet der	/die Patient*in	?
			Ja	Nein	Unbekannt	
	M. Parkinson		0	0	0	
	Demenz Marking Chilaman		0	0	0	
	Multiple Sklerose	100	0	0	0	
	Neuromuskuläre Erkrankung	GII	0	0	0	

	Epilepsie	0	0	0		
	Migraine	0	0	0		
	Z.n. hämorrhagischem Schlaganfall	0	0	0		
	Z.n. ischämischem Schlaganfall	0	0	0		
	Andere	0	0	0		
J.2b	Bitte spezifizieren Sie andere:					
	Your contact for questions about data entry:					
	Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846					
	E-Mail					
	Possible entries					

Please select one of the following entries for the corresponding items marked above.

1)	NYHA I
	NYHA II
	NYHA III
	NYHA IV

secuTrial®	Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form family Form	Anamnese Vorerkrankun
	Participant		Visit	
	Date		Patient	

se	CUITIAL Project	Pa-COVID-19 (V1.01)		Form	Vorerkrankungen und Risikofaktoren 2/2
,	Vorerkrankungen und Risi	kofaktoren 2/2			(V1.01)
1/ 4					
K.1	Hat der/die Patient*in aktuel O Ja O Nein O Unbekannt	l oder in den letzten 3 M	onaten ein	e Tumorthera	pie erhalten?
K.2a	Leidet der/die Patient*in unt	er mind. einer aktiven Tu	umor-/Kreb	serkrankung	en?
	○Ja ○Nein ○Unbekannt				
K.2b	An welcher aktiven Tumor-/k	Krebserkrankung leidet d	der/die Pati	ient*in?	
		Ja	Nein	Unbekannt	
	Lungen-Karzinom	0	0	0	
	Mamma-Karzinom	0	0	Ō	
	Prostata-Karzinom	0	0	0	
	Malignes Melanom	0	0	0	
	Mundhöhlen/Kehlkopf Karzi	nom	0	0	
	Colon-Karzinom	0	0	0	
	Harnblasen/Urothel Karzino	m O	0	0	
	Magen-Karzinom	0	0	0	
	Andere	0	0	0	
K.2c	Bitte spezifizieren Sie ander	e:			
L.1	Ist der/die Patient*in organtr O Ja O Nein O Unbekannt	ransplantiert?			
L.2a	Welche Transplantation wurd	de durchgeführt?			
		Ja	Nein	Unbekannt	
	Niere	0	0	0	
	Leber	0	0	0	
	Lunge	0	0	0	
	Andere	0	0	0	
L.2b	Bitte spezifizieren Sie ander	e:			
M.1	Ist der/die Patient*in HIV-infi ○ Ja ○ Nein ○ Unbekannt	ziert?			
M.2	Nimmt der/die Patient*in akt	uell eine antiretrovirale	Therapie e	in?	
M.3	Angaben zum Immunstatus:  ○ Helferzellen <= 250/µl  ○ Helferzellen > 250/µl  ○ Unbekannt  ○ Keine Angabe				

M.4	Angaben zur Viruslast:  Unter der Nachweisgrenze  Über der Nachweisgrenze  Unbekannt  Keine Angabe					
M.5	Liegen AIDS definierte Erkrankunge	en vor?				
N.1	Leidet der/die Patient*in unter mind	l. einer rheumatol	ogischen/i	immunologisc	hen Erkrankung?	
N.2a	An welcher rheumatologischen/imm	nunologischen Erl	krankung	leidet der/die F	Patient*in?	
	gg	Ja	Nein	Unbekannt		
	Immundefekt	) (	O			
	Autoimmunerkrankungen	_		_		
	_	0	0	0		
	Chronisch entzündl. Darmerkranku		0	0		
	Rheumatoide Arthritis	0	0	0		
	Andere	0	0	0		
N.2b	Bitte spezifizieren Sie andere:					
						-
0.1	Hat der/die Patient*in in den letzten eingenommen?  O Ja O Nein O Unbekannt	3 Monaten eine T	herapie m	nit Wirkung auf	f das Immunsystem	
O.2a		Ja	Nein	Unbekannt		
	Azathioprin	0	0	0		
	Biologika (z.B. Antikörpertherapie)	0	Ö	Ō		
	MTX	0	Ö	Ö		
	Prednisolon < 5 mg/d	Ö	Ö	Ö		
	Prednisolon 5-20 mg/d	0	Ö	0		
		0		0		
	Prednisolon > 20 mg/d		0			
	JAK-Inhibitoren	0	0	0		
	Andere	0	0	0		
O.2b	Bitte spezifizieren Sie andere:					
<b>.</b>						
P.1	Hat der/die Patient*in jemals norma  ○Ja ○Nein ○Unbekannt	nle Zigaretten gera	nucht?			
P.2	Raucht der/die Patient*in zuzeit?  O Ja O Nein O Unbekannt					
P.3	Seit wievielen Jahren raucht der/die Patient*in regelmäßig?	Wie viele Zigaret Patient*in im Du Tag?				
Q	Nutzt der/die Patient*in E-Zigaretter O Ja O Nein O Unbekannt	1?				

# Nimmt der/die Patient\*in regelmäßig Medikamente ein?

○Ja ○Nein ○Unbekannt

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

		Date			Patient			
		Participant			Visit			
	<b>T</b> • 10	Centre						
se	cuTrial®		Pa-COVID-19 (V1.01)		Form family Form	Anamnese Abgeschlossene M	1edikat	tion
	Abgeschlossene					7 to get of the control of the contr		(V1.01)
				dor Modika	monto quifn	ahman dia ya	r da	
			Dokumentation of men und vor Stu				r aei	
	Studienphase	emgenom	illeli ulla voi Sta	uleli-Lilisc	iliuss beelic	iet wurde.		
A.1	Hat der/die Patien	t*in in den l	etzten 3 Monaten fol	lgende Medik	amente einge	nommen?		
			Ja	Nein	Unbekannt			
	ACE-Hemmer		0	O	Onbekanin			
	Antibiotika		0	0	0			
	Antiepileptika		Ö	0	0			
	Hustenlöser		0	Ö	Ö			
	Lipidsenker		0	0	Ö			
	NSAR		Ö	Ö	Ö			
	Sartane		0	0	Ö			
4.0								
A.2	Kommentar							
								_
B.1	Hat der/die Patier	nt*in andere	Medikamente erhalt	ten?				
B.1	Hat der/die Patier ○ Ja ○ Nein ○ U		Medikamente erhalt	ten?				
	○Ja ○Nein ○U	nbekannt		ten?				
		nbekannt		ten?	Letztes Fi	nnahmedatum:		
	○ Ja ○ Nein ○ U Abgeschlossene	nbekannt <b>Medikation</b> i	Nr.:	ten?		nnahmedatum:		
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation I  engruppe Me	Nr.:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		Datum
	○ Ja ○ Nein ○ U Abgeschlossene	nbekannt <b>Medikation</b> i	Nr.:	ten?	(Unvollständi			Datum unbekannt
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation I  engruppe Me	Nr.:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation I  engruppe Me	Nr.:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation I  engruppe Me	Nr.:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation I  engruppe Me	Nr.:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	○ Ja ○ Nein ○ U  Abgeschlossene  No. Medikamente	nbekannt  Medikation i  engruppe Me	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:	ten?	(Unvollständi	ges Datum erlaubt)		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	<i>Nr.:</i> edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one  Antazida	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one  Antazida  Antimykotika	nbekannt  Medikation i engruppe Me  1)  zur Dateneingab edizin Berlin n (BIH)	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one  Antazida  Antimykotika  Betablocker	mbekannt  Medikation is a sengruppe Medical in Berlin in (BIH) is a sengruppe in the following sengrup	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene I  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one  Antazida  Antimykotika	mbekannt  Medikation is a sengruppe Medical in Berlin in (BIH) is a sengruppe in the following sengrup	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	Abgeschlossene  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8 E-Mail  Possible entries Please select one Antazida Antimykotika Betablocker Calciumantagonis	mbekannt  Medikation is a sengruppe Medical in Berlin in (BIH) is a sengruppe in the following sengrup	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		
B.2	O Ja O Nein O U  Abgeschlossene  No. Medikamente  1  Ihr Kontakt bei Fragen z  Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8  E-Mail  Possible entries  Please select one  Antazida  Antimykotika  Betablocker	mbekannt  Medikation is a sengruppe Medical in Berlin in (BIH) is a sengruppe in the following sengrup	Nr.: edikation:		(Unvollständi	ges Datum erlaubt) I.mm.yyyy		

Psychopharmaka

Virustatika		
Andere		

 SecuTrial® 5.6.1.7, 2020
 Page 2 of 2



N = 1 =		ĭ	
ate		Patient	
articipant		Visit	
entre		Form family	Anamnese
roject	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Promis 29

ent		
t		
m family	Anamnese	

Promis 29					(V1.0	1)
Wurde der Fragel	oogen ausgefüllt?	Wann wurde der B ausgefüllt?	ogen			
○Ja ○Nein		dd.mm.yyyy				
Körperliche Funkt	tionsfähigkeit					
Seit Ihrer stationä	ren Aufnahme und	d angenommen Sie	wären in Ihrer alltä	glichen Umgebung.		
	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Kann ich gar nicht	
Können Sie						

	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	Schwierigkeiten	nicht
Können Sie Hausarbeiten erledigen, z. B. Staubsaugen oder Gartenarbeit?	0	0	0	0	0
Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Treppen hoch- und runtergehen?	0	0	0	0	0
Können Sie mindestens 15 Minuten lang spazieren gehen?	0	0	0	0	0
Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen?	0	0	0	0	0

## Angst

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
lch fürchtete mich.	0	0	0	0	0
Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst.	0	0	0	0	0
Meine Sorgen haben mich überwältigt. <b>⊋</b>	0	0	0	0	0
Ich fühlte mich unruhig.	0	0	0	0	0

-	_
100	

## Depressivität

Seit	Ihrer	stationären	Aufnahme und	angenommen	Sie wärer	in Ihrer	alltäglichen	Hmaehuna
Jeil	111161	Stationaren	Aumanne und	anuenonnien	Sie waiei	ı III IIII EI	antauntnen	Ulliuebullu

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fühlte mich wertlos.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich hilflos.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich niedergeschlagen.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich hoffnungslos.	0	0	0	0	0

# Erschöpfung

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
lch bin erschöpft.	0	0	0	0	0
Es fällt mir schwer, etwas anzufangen, weil ich müde bin.	0	0	0	0	0
Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	0	0	0	0	0
Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	0	0	0	0	0

## Schlafbeeinträchtigung

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

	Sehr schlecht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
Meine Schlafqualität war	0	0	0	0	0
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Mein Schlaf war erfrischend.	0	0	0	0	0
lch hatte Schlafprobleme. <b>⊘</b>	0	0	0	0	0
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	0	0	0	0	0

## Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

Con miler Stationarch Administration and angenominen of water in miler antagnetien emgesting							
	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer		
Es fällt mir schwer, meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	0	0	0	0	0		
Es fällt mit schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich	0	0	0	0	0		

mit meiner Familie machen möchte.	Ŭ	Ŭ	Ŭ	Ŭ	Ŭ
Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).	0	0	0	0	0
Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit Freunden machen möchte.	0	0	0	0	0
⊗					
Beeinträchtigung durch Schmer	zen				
Seit Ihrer stationären Aufnahme	und angenomn	nen Sie wären i	n Ihrer alltäglich	en Umgebung	
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	0	0	0	0	0
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	0	0	0	0	0
Schmerzen Ihre Fähigkeit, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	0	0	0	0	0
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	0	0	0	0	0
⊗					
Schmerzintensität					
Seit Ihrer stationären Aufnahme	und angenomn	nen Sie wären i	n Ihrer alltäglich	en Umgebung	
	0 1	2 3	4 5 6	7 8 9	10
Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Allgemeinen einschätzen? 0 = keine Schmerzen 10 = schlimmster vorstellbarer Schmerz€		0 0	0 0 0	0 0 0	0
Your contact for questions about data entry Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	r.				



Date	
Participant	
Centre	
Destant	D- 00\/ID 40 (\/4 04)

/	Vitalparameter
Ţ	· italparameter

Patient

Visit

SP	cuTrial® Centre Project	D 00\(\( \text{ID} \) 40 \( \text{A} \) 40 \( \text{A} \)		Vitalparameter	
	-	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Vitalparameter	(V1.01)
	Vitalparameter				(* 1.01)
	Hinweis:				
	Die Vitalparameter werden zum	Zeitpunkt der Blutentnahme, also b ormalstation wird der erste morgen			IS,
A.1	Wurde die Untersuchung durchgeführt?  O Ja O Nein	Datum der Untersuchung	:		
A.2	Periphere S <sub>p</sub> O <sub>2</sub> :  [%]	Wert nicht bestimmt			
A.3	Herzfrequenz: [bpm]	Wert nicht bestimmt □			
A.4	Blutdruck systolisch: [mm Hg]	Blutdruck diastolisch: [mmHg]	We	erte nicht bestimmt	
A.5	Atemfrequenz:  [Atemzüge/min]	Wert nicht bestimmt ☐			
A.6	Temperatur:  [°C]	Wert nicht bestimmt □			
<b>A</b> .7	Bewusstsein:  Unbeeinträchtigt  Beeinträchtigt ohne Analgosedierung  Analgosediert	Glasgow Coma Scale:	We	ert nicht bestimmt	
<b>A</b> .7	Bewusstsein:  Unbeeinträchtigt Beeinträchtigt ohne Analgosedierung	Glasgow Coma Scale:	We	ert nicht bestimmt	
B.	Patienten auf Intensivstation				
3.1.1	Arterieller Sauerstoffpartialds O Arteriell O Kapillar O Beide	ruck:			
3.1.2	Letzter arterieller PaO <sub>2</sub> :  [mm Hg]	Wert nicht bestimmt □			
3.1.3	Letzter kapillarer PaO <sub>2</sub> : [mm Hg]	Wert nicht bestimmt □			
3.2.1	Kohlendioxidpartialdruck:      Arteriell     Kapillar     Beide				
3.2.2	Letzter arterieller PaCO <sub>2</sub> :  [mm Hg]	Wert nicht bestimmt □			

B.2.3	Letzter kapillarer PaCO <sub>2</sub> :  [mm Hg]	Wert nicht bestimmt □
B.3	Letzter HCO <sub>3</sub> :  [mmol/l]	Wert nicht bestimmt □
B.4	Letzter Base Excess: [mmol/l]	Wert nicht bestimmt □
B.5	Letzter pH-Wert:	Wert nicht bestimmt □
	Your contact for questions about data entry:	
	Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	

	CUTTIAL®  Sauerstoff-, Beat  Ist seit der letzten Sauerstoff- und/o Beatmungstherap	mungs- un Visite eine der			Patient Visit Form family Form	Prozeduren  Sauerstoff-, Beatmungs- und ECMO- Therapie (V1.0	01)
	OJa ONein	no oriolgt:		dd.mm.yyyy			
A.2	Nasenbrille?		[l/min]	Wert ⊨	nicht verfüg	bar:	
A.3	<b>Gesichtsmaske?</b> ○ Ja ○ Nein		[l/min]	Wert □	nicht verfüg	bar:	
A.4.1	<b>Highflow?</b> ○ Ja ○ Nein						
A.4.2	Fluss:		Wert n	icht verfügbar:			
A.4.3	Sauerstoff [%]		Wert n	icht verfügbar:			
В.	Patient*innen auf l	Intensiv- ode	er Beatmungs	station			
B.1	Berlin-Kriterien/D  O Ja  O Nein  O Unbekannt	iagnose ARI	DS erfüllt?				
B.2	Künstliche Beatm Patient künstlich			Beatmung:			
B.3.1	Bitte dokumentier  Tubus  Trachealkanüle  Unbekannt	ren Sie den I	Beatmungszu <u>(</u>	gang:			
	Bitte dokumentier <u>Hinweis:</u> Hierbei gelten die B			•	tienten:		
	O Druckkontrollier O Volumenkontroll O Assistierte Spor O Andere	s: t liert	Falls a	ndere ungseinstellunge	n, bitte		
	Bitte dokumentiere <u>Hinweis:</u> Hierbei gelten die B Beatmungsmodus O Kontrollierte Bea	Beatmungseir s:		-	tienten:		

O Assistierte Spontanatmung

Unbekannt

B.4	PEEP: [cmH <sub>2</sub> O]	Wert nicht bestimmt  ☐	
B.5	Ppeak: [cmH <sub>2</sub> O]	Wert nicht bestimmt □	
B.6	Pmean: [cmH <sub>2</sub> O]	Wert nicht bestimmt □	
B.5	PPlateau: [cmH <sub>2</sub> O]	Wert nicht bestimmt □	
B.6	FiO <sub>2</sub> : [%]	Wert nicht bestimmt □	
B.7	Tidalvolumen: [ml]	Wert nicht bestimmt □	
B.8	Atemfrequenz:  [/min]	Wert nicht bestimmt □	
B.9	PetCO <sub>2</sub> : [mm Hg]	Wert nicht bestimmt □	
B.10	Compliance dynamisch: [ml/cmH <sub>2</sub> O]	Wert nicht bestimmt □	
C.	Lagerungstherapie		
C.1	Lage:  ○ Bauchlage ○ Rückenlage	Seit wann erfolgt eine Bauchlagerung?  dd.mm.yyyy	
C.1		Bauchlagerung?	
	○ Bauchlage ○ Rückenlage  Wieviele Stunden erfolgt die	dd.mm.yyyy  Wert unbekannt	Uhrzeit ECMO-Therapie:
C.2	○ Bauchlage ○ Rückenlage  Wieviele Stunden erfolgt die Bauchlagerung?  □  ECMO-Therapie  Erfolgt eine ECMO-Therapie?	Bauchlagerung?  dd.mm.yyyy  Wert unbekannt  Seit wann erfolgt eine ECMO-Therapie:	
C.2	○ Bauchlage ○ Rückenlage  Wieviele Stunden erfolgt die Bauchlagerung?  □  ECMO-Therapie  Erfolgt eine ECMO-Therapie?  ○ Ja ○ Nein  Art der ECMO-Therapie:  ○ ECMO v/v  ○ ECMO v/a  ○ ECMO v-av	Bauchlagerung?  dd.mm.yyyy  Wert unbekannt  Seit wann erfolgt eine ECMO-Therapie:	
C.2 C.3	○ Bauchlage ○ Rückenlage  Wieviele Stunden erfolgt die Bauchlagerung?  □  ECMO-Therapie  Erfolgt eine ECMO-Therapie?  ○ Ja ○ Nein  Art der ECMO-Therapie: ○ ECMO v/v ○ ECMO v/a ○ ECMO v-av ○ Unbekannt  Blutfluss:	Bauchlagerung?  dd.mm.yyyy  Wert unbekannt  Seit wann erfolgt eine ECMO-Therapie: dd.mm.yyyy  Wert nicht bestimmt	
C.2 C.3	○ Bauchlage ○ Rückenlage  Wieviele Stunden erfolgt die Bauchlagerung?  □  ECMO-Therapie  Erfolgt eine ECMO-Therapie?  ○ Ja ○ Nein  Art der ECMO-Therapie: ○ ECMO v/v ○ ECMO v/a ○ ECMO v-av ○ Unbekannt  Blutfluss:	Bauchlagerung?  dd.mm.yyyy  Wert unbekannt  Seit wann erfolgt eine ECMO-Therapie: dd.mm.yyyy  Wert nicht bestimmt	

se	cu	Trial®	Date Participant Centre Project	Pa-COVID-1	9 (V1.01)		Patient Visit Form family Form	Prozeduren Vasopressorentherapie	
		pressorenth	erapie						(V1.01)
A.1	O Ja		e Vasopres	sorenthera	pie?				
A.2	-	ephrin: 0,1 [µg/kg/mi	n] 〇> 0,1 [	µg/kg/min]					
A.2	NA: ○<=	0,1 [μg/kg/mi	n] ○> 0,1 [	μg/kg/min]					
A.3		seit der letzte den:	n Visite ein	es der folg	enden Medikame	ente geg	eben		
		Keines							
		Dobutamin			Levosimendan				
		Enoximon			Milrinon				
		ontact for questio		entry:					
	Berlin I	e - Universitätsme nstitute of Health 49 30 / 450 553 8	(BIH)						

		Date				Patient		
		Participant				Visit		
	T:- I®	Centre				Form family	Prozeduren	
se	cuTrial®	Project	Pa-CO\	VID-19 (V1.01)		Form	Hämodialyse	
	Hämodialyse	,,,,,,						(V1.01)
	Transcalaryse							, ,
A.1	Wie ist die Urinpr Patienten/24h ? (bezogen auf die le			Wert nicht verf	ügbar			
	[ml]							
A.2	Erhält der/die Pat ○Ja ○Nein	ient*in Diu	retika?					
A.3	Wie war die Volur letzten 24 h?	menbilanz	der	Wert nicht verf	ügbar			
	[ml]							
A.4	Erfolgt derzeit ein	ne Dialyse?	•	Falls ja, ist dies				
	○Ja ○Nein			○ Kontinuierlich	∩ontermittier	rena		
	Your contact for question	ns about data	entry:					
	Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8 E-Mail	(BIH)						

<u>secuTrial®</u>	Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form family Form	Prozeduren Klinische Scores und Hämodynamik
_	Participant		Visit	
	Date		Patient	
	D - 1 -		1	

5 t	Fa-CO\	/ID-19 (V1.01) Form Klinische Scores und Hämodynamik
	Klinische Scores und Hämodyna	mik (V1.01)
	Liegen Daten zu klinischen Scores und/oder zur Hämodynamik vor? ○ Ja ○ Nein	Datum der Erhebung:  dd.mm.yyyy
A.	Klinische Scores	
A.1	Klinische Scores verfügbar?  O Ja O Nein	
A.2	RASS-Score (bei morgendlicher Visite):	Wert nicht erfasst  □
A.3	CAM-ICU:	Wert nicht erfasst □
A.4	ICDSC:	Wert nicht erfasst □
A.5	DDS:	Wert nicht erfasst □
В	Schmerzen	
B.1	Schmerzscores verfügbar?	
B.2	NRS:	Wert nicht erfasst □
B.3	BPS:	Wert nicht erfasst □
B.4	CPOT:	Wert nicht erfasst □
C.	Hämodynamik	
C.1	Hämodynamik gemessen?  Hinweis:  Letzte Picco-Messung (wenn möglich  ○ Ja ○ Nein	am Morgen des Tages der Blutentnahme).
C.2	HZV:	Wert nicht erfasst □
C.3	Cardiac Index:  [I/min/m²]	Wert nicht erfasst □
C.4	EVLWI: [ml/kg]	Wert nicht erfasst □
C.5	ITBVI: [ml/m <sup>2</sup> ]	Wert nicht erfasst □

C.6	<b>SVRI:</b> [%]	Wert nicht erfasst □
	Your contact for questions about data entry:  Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	

	Doto		Patient	
	Date		Visit	
	Participant		Form family	Prozeduren
se	CIIIriai	COVID-19 (V1.01)	Form	Andere mikrobiologische oder virologische Ergebnisse
	Andere mikrobiologische ode			(V1.01)
A.1	Andere mikrobiologische oder	Datum der Untersuchung	g:	
	virologische Ergebnisse?			
	○Ja ○Nein	dd.mm.yyyy		
A.2	Influenza Schnelltest A/B?	Resultat:		
	○Ja ○Nein	O Positiv O Negativ		
A.4	RSV?	Resultat:		
	○Ja ○Nein	OPositiv ONegativ		
A.5	Adenoviren?	Resultat:		
	○Ja ○Nein	○ Positiv ○ Negativ		
A.6	Andere respiratorische Viren?	Resultat:		Spezifikation (optional):
	○Ja ○Nein	○ Positiv ○ Negativ		
В.	Bakteriennachweis			
B.1	Bakterien nachgewiesen?  O Ja O Nein			
B.2	Respiratorisches Material			
<b>D.</b> 2				
	Aus respiratorischem Material?	Welches Material?		
		☐ Sputum		□ BAL
	○Ja ○Nein	☐ TBS		☐ Andere
		Andere, bitte angeben:		
		Andere, bitte angeben.		
	Erreger:	☐ Pneumokokken		Pseudomonas
		☐ Hämophilus		☐ Klebsiellen
		☐ Staph. aureus		☐ Anderer
	Anderer Erreger, bitte			
	angeben:			
B.3	Antigennachweis im Urin			
	Antigennachweis im Urin?	Antigen:		
	○Ja ○Nein	○Legionellen-Antigen ○Ur	ibekannt	
B.4	Nachweis im Blut			
	Aus Blutkultur?			
	○Ja ○Nein			
	Erreger-Details:	Anaerob Aerob Beide		
	Anaerob, Wachstum nach Stunden:		[	☐ Wert nicht verfügbar
	Aerob, Wachstum nach Stunden:		[	☐ Wert nicht verfügbar

		☐ Klebsiellen ☐ Staph. aureus
		☐ Pseudomonas ☐ andere Staphylococcen
		☐ Pneumokokken ☐ Anderer
	Anderer Erreger, bitte angeben:	
B.5	Nachweis im Urin	
	Aus Urin?	Welches Material?
	○Ja ○Nein	○ Mittelstrahl ○ Katheter
	Erreger:	☐ E.coli
		☐ Klebsiellen
		☐ Anderer
	Anderer Erreger, bitte a	ngeben:
B.6	Nachweis im Stuhl	
	Aus Stuhl?	
	○Ja ○Nein	
	Erreger:	
B.7	Besiedlung mit MRE	
	Ist eine Besiedelung mit MRE bekannt?	Falls ja, seit wann:
	○Ja ○Nein	mm.yyyy Unbekannt
B.7.1	Ort der Besiedlung	□ Nase/Rachen □ Urin
		☐ Respirationstrakt ☐ Anderer
		□ Rektal
	Andoror Ort hitto	
	Anderer Ort, bitte angeben:	
B.7.2	MRF-Erroger	□ MRSA □ V/RE
	mice Enogon	
	Andorer Erreger bitte	
	Anderer Erreger, bitte angeben:	
	angeben:  Your contact for questions about d	
	angeben:	
B.7.2	MRE-Erreger:	□ MRSA □ VRE   □ 3-MRGN □ Anderer   □ 4-MRGN

		∎®
secu	Irıa	ľ

Date	
Participant	
Centre	
Project	Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient		
Visit		
Form family	Prozeduren	

Weitere Prozeduren

**Weitere Prozeduren** 

Form

Α.	Echokardiografie			
A.1	Ist seit der letzten Visite eine Echokardiografie erfolgt? OJa ONein OUnbekannt	Datum der Echokardiografie:	Datum unbekannt □	
A.2	Perikarderguss?  O Ja O Nein O Unbekannt			
A.3	Linksventrikuläre Ejektionsfraktion	Wert nicht	bestimmt	
A.3	Zeichen der rechtsventriku Aorteninsuffizienz? Aortenstenose? Mitralinsuffizienz? Mitralstenose?	ılären Belastung?	Ja         Nein         Unbekannt           O         O           O         O           O         O           O         O           O         O           O         O           O         O	
В.	Lumbalpunktion			
B.1	Ist seit der letzten Visite eine Lumbalpunktion erfolgt?  OJa ONein OUnbekannt	Datum der Lumbalpunktion:	Datum unbekannt	
B.2				
	Zellzahlerhöhung? Proteinerhöhung?	<b>Ja</b> () ()	Nein Unbekannt  O O	
C.	•	0	0 0	
<i>C.</i> C.1	Proteinerhöhung?	0	Datum unbekannt	
	Proteinerhöhung?  Elektrophysiologische Unter Ist seit der letzten Visite eine elektrophysiologische Untersuchung erfolgt?	ersuchung  Datum der elektrophysiologiso Untersuchung:	Datum unbekannt	

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

	cuTrial® Radiologie	Date Participant Centre Project	Pa-COVID-19	9 (V1.01)		Patient Visit Form family Form	Radiologie Radiologie	(V1.01)
A.1	Röntgen Thorax of Thorax erfolgt seinetzten Visite?  OJa ONein Ounber	it der	<b>Oatum der D</b>	urchführung: n.yyyy	Datur	m unbekannt		
A.2	Bildgebungsverfa	ıhren:						
A.3.1	Resultate: Infiltrate? Pneumothorax? Pleuraerguss?	<b>Ja</b>	Nein O	Unbekannt  O				
A.3.2	Verlauf Infiltrate:      Zunehmend     Abnehmend     Gleichbleibend     Unbekannt		O E	e: Einseitig Beidseitig Unbekannt				
A.4	Bildupload:							
A.5	Ist ein MRT  Ja Neir  Falls ja, Dia	∩ O Unbeka	_					

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

secuTrial®	Participant Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)		Labor  Blutbild   Hämostaseologie   Immunologie   Endokrinologie
	Date		Visit	
			Patient	

	1 d GG VIB 10 (V 1.01)		Lildokililologie	
	Blutbild   Hämostaseologie   Immunologie   Endo	krinc	ologie	(V1.01)
	Blutbild			
Α	Blutprobe für Blutbild abgenommen?  O Ja O Nein	Dat	um der Abnahme: dd.mm.yyyy	
1.	Hämoglobin: [g/dL]		kA	
2.	Hämatokrit: [%]		kA	
3.	Leukozyten absolut: [/nl]		kA	
4.	Lymphozyten absolut: [/nl]		kA	
5.	Neutrophile absolut: [/nl]		kA	
6.	Thrombozyten absolut:  [/nl]		kA	
В	Hämostaseologie			
	Blutprobe für Hämostaseologie abgenommen?  O Ja O Nein	Date	um der Abnahme: dd.mm.yyyy	
1.	aPTT:		kA	
2.	Quick: [%]		kA	
3.	INR:		kA	
4.	D-Dimere: [mg/L]		kA	
5.	Fibrinogen:  [g/L]		kA	
6.	AT3: [%]		kA	
С	Immunologie			
	Blutprobe für Immunologie abgenommen?  O Ja O Nein	Date	dd.mm.yyyy	
1.	CD4+ T-Zellen:			

	[/nl]		kA
2.	CD8+ T-Zellen: [/nl]		kA
3.	CD169/Siglec-1 Expression auf Monozyten: (SIGLEC F/ CD 196)  [Antigene/Zelle]		kA
4.	IL-6: [pg/mL]		kA
D	Endokrinologie		
	Blutprobe für Endokrinologie abgenommen?  Ja ONein	Dati	dd.mm.yyyy
1.	TSH basal: [mU/L]		kA
2.	fT4: [ng/L]		kA
3.	Cortisol: [nmol/L]		kA
	Your contact for questions about data entry:  Charité - Universitätsmedizin Berlin		
	Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail		

	Date		Patient	
	Participant		Visit	
secuTrial®	Centre		Form family	Labor
occuii iai	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	Klinische Chemie (1/2)

<u>5</u>	Pa-COVID-19 (V1.01)		Form	Klinische Chemie (1/2)	
	Klinische Chemie (1/2)				(V1.01)
	Blutprobe für Klinische Chemie abgenommen? ○ Ja ○ Nein	Datu	dd.mm.yyyy	e:	
	War der/die Patient*in bei Abnahme nüchtern? ○ Ja ○ Nein ○ Unbekannt				
	Klinische Chemie				
1.	Haptoglobin:  [g/L]		kA		
2.	ALT:  [U/L]		kA		
3.	AST:  [U/L]		kA		
4.	Bilirubin total:  [mg/dL]		kA		
5.	<b>AP:</b> [U/L]		kA		
6.	gGT: [U/L]		kA		
7.	Glukose: [mg/dL]		kA		
8.1	HBA1c: [%]		kA		
8.2	HBA1c: [mmol/mol Hb]		kA		
9.	Laktat: [mg/dL]		kA		
10.	Kreatinin: [mg/dL]		kA		
11.	Harnstoff: [mg/dL]		kA		
12.	Natrium: [mmol/L]		kA		
13.	Kalium: [mmol/L]		kA		
14.	Osmolalität: [mosm/kg]		kA		

15.	Phosphat: [mmol/L]	kA
	Your contact for questions about data entry:  Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	

secuTrial®	Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form family Form	Labor Klinische Chemie (2/2)
	Participant		Visit	
	Date		Patient	
	D - 1 -		1	

	T Toject	1 a - 00 v ID - 13 ( v 1.01)	1 01111	Tallingone Orientic (2/2)	
	Klinische Chemie (2/2)				(V1.01)
16.	Magnesium: [mmol/L]	J	kA		
17.	Calcium ionisiert: [mmol/L]	I	kA		
18.	Procalcitonin: [μg/L]	I	kA		
19.	CRP: [mg/L]	I	kA		
20.	Creatinkinase: [U/L]	I	kA		
21.	CK-MB:	I	kA		
22.	NT-ProBNP: [ng/L]	I	kA		
23.	Copeptin: [pmol/L]	I	kA		
24.	Troponin high sens: [ng/L]	I	kA		
25.	Ferritin: [µg/L]	ı	kA		
26.	ACE: [U/L]	I	kA		
27.	Cholesterol: [mg/dL]	ı	kA		
28.	HDL-Cholesterin: [mg/dL]	ı	kA		
29.	LDL-Cholesterin: [mg/dL]	ı	kA		
30.	Triglyceride: [mg/dL]	J	kA		
31.	Natrium im Spontanurin: [mmol/L]	ı	kA		
32.	Albumin im Spontanurin: [mg/L]	ı	kA		

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

		Date		Detient		
				Patient		
		Participant		Visit		
00	auTrial®	Centre		Form family	Labor	
<b>5</b> 6	cuTrial®	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	 Form	COVID-19 Abstrich	
	COVID-19 Abstri	ch				(V1.01)
<b>A.1</b>	COVID-19 Abstric	h erfolgt?	Datum des Abstrich:			
A.2	PCR Ergebnis:  O Positiv O Schwach positiv O Negativ O Unbekannt	ı				
	Your contact for question	ns about data	entry:			
	Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 8 F-Mail	(BIH)				

		Date			Patient		
		Participant			Visit		
	T:	■® Centre			Form family	Symptome	
se	cuTria	Project	Pa-COVID-19	(V1 01)	Form	Symptome	
		1 Toject	TO OOVID 13	(* 1.01)	TOTH	Cymptome	(V1.01)
	Symptome						( 1.01)
	In diesem F	ormular were	den die vor	handenen S	ymptome dokum	entiert.	
				•	•		
	Bitte dokun	nentieren Sie	ausschließ	Slich vorhand	dene Symptome	im Zeitfenster E	nde letzter
	Visitenzeitr	aum bis jetzi	ger Visiten:	zeitraum.			
A.1		ie Patient*in Au	skunft				
	zu Symptome	en geben?					
		hat Symptome		fragen Sie die			
	angegeber			den Vorgaben können Sie die			
	<ul> <li>Ja, aber Pa beschwerd</li> </ul>			tändige Liste e			
	O Nein	Circi.					
	<ul><li>Unbekannt</li></ul>						
Help:		heit (Stärke 1-10	))				
	Andere Symp	it (Stärke 1-10)					
	Ataxia	in (Glarko 1 10)					
	Augenentzünd						
		zen (Stärke 1-10	)				
	Blutung (Ort)	on (Stärko 1 10)					
	Erbrechen	en (Stärke 1-10)					
		rzen (Stärke 1-10	))				
	Halsschmerze		,				
	Hautveränder						
		uswurf[Farbe] / o en (Stärke 1-10)	nne Auswurt)				
	•	Epileptischer Ant	fall) gehabt				
		(in Ruhe / beim		nen)			
	Lymphknotens			·			
		rzen (Stärke 1-10	0)				
	Naselaufen Niesen						
	Ohrenschmer	zen					
	Schwindel						
	Sehstörungen						
	Übelkeit	Augenbewegun	gen				
		eruchs- oder Ge	schmackssinr	1			
	Verstopfte Na	se					
	Verwirrtheit						
A.2 S	ymptom Nr.: 1						
	Symptom:	Zusatzinformat	ion Zus	atzinformation	Zusatzinformation	Zusatzinformation	Zusatzinforma
	<b>-</b>	Kurzatmigkeit:	Hus		Husten (Farbe	Brustschmerzen	Abgeschlagen
					des Auswurfs):	(Schmerzskala	(Skala von 1-1
						von 1-10):	
		OmMRC-Gra	(A) -	Mit	Ø	<b>⊘</b>	<b>⊘</b>
	1)	Atemnot be schweren		Auswurf		_	_
		- schweren Anstrengur		Ohne Auswurf			
		OmMRC Gra	-	Auswull			
		Atemnot be					

secuTrial® 5.6.1.7, 2020 Page 1 of 3

schnellem Gehen oder bei leichten

	Anstiegen  mMRC-Grad II: Langsameres Gehen als Gleichaltrige aufgrund von Atemnot  mMRC Grad III: Atemnot bei Gehstrecke um 100 m  mMRC-Grad IV: Atemnot beim An- /Ausziehen				
B.1	Befindet sich der/die Patient*in in o	einem bewusst	seinsgeminde	erten Zustand	?
B.2	Welche Symptome konnten beobac	chtet werden?			
		Ja	Nein	Unbekannt	
	Blutung				
	•	0	0	0	
	Delir Diarrhöe	0	0	0	
		0	0	0	
	Erbrechen	0	0	0	
	Herzrhythmusstörung	0	0	0	
	Krampfanfall	0	0	0	
	V.a. Schmerzen	0	0	0	
C	Wie ist das aktuelle Allgemeinbefinden des/der Patienten/Patientin:  O Besser als am Vortag O Gleich zum Vortag O Schlechter als am Vortag O Keine Angabe  Größe der Angst bei dem/der Patie	- 🗔	on 1-10:		
	(1 keine Angst, 10 größtmögliche Angst)  Wert von 1-10				
	Your contact for questions about data entry:  Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail				
	Possible entries	trice for the corr	oonanding iton	as marked above	
	Please select one of the following en	ines for the corre	esponaing iten	is marked abov	ve.
1)	Abgeschlagenheit				
	Appetitlosigkeit				
	Ataxia				
	Augenentzündung				
	Bauchschmerzen				
	Blutung				
	Brustschmerzen				
	Erbrechen				

Gelenkschmerzen
Halsschmerzen
Hautveränderung
Husten
Kopfschmerzen
Krampfanfall (Epileptischer Anfall)
Kurzatmigkeit
Lymphknotenschwellung
Muskelschmerzen
Naselaufen
Niesen
Ohrenschmerzen
Schwindel
Sehstörungen
Störungen der Augenbewegungen
Übelkeit
Veränderter Geruchs- oder Geschmackssinn
Verstopfte Nase
Verwirrtheit
Andere Symptome

E-Signatur	n Daten zu dieser Visite.
	(V1.01)
Secutrial® Centre Project Pa-COVID-19 (V1.01) Form family F-Sig	
Centre Form family E-Sig	natur
Participant Visit	
Date Patient	

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail

	Date					
	Participant			Patient		
oouTriol®	Centre			Form family	Medizinische	e Ereignisse
secuTrial®	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)		Form	Medizinische	<del>-</del>
Medizinische Ere	ignisse					(V1.01)
<b>Traten wichtige m</b> ○ Ja ○ Nein	edizinisch	e Ereignisse auf?				
Medizinisches Ere	ignis Nr.:					
No. Ereignisgrupp	oe: Zusatz	informationen:	-	kt des Ereigr f unvollständig s dd.mm.yyyy hh:mm	sein <b>Zeitp</b>	ounkt des Ereignisses Unbekannt
Ihr Kontakt bei Fragen z	ur Dateneinga	be:				
Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health Tel.: +49 30 / 450 553 89 E-Mail	(BIH)					

# Possible entries

Please select one of the following entries for the corresponding items marked above.

1)	Angiografie
	Bluttransfusionen
	Extubation
	Herzkatheter
	Interventionen (sonstige)
	Intubation
	Katheteranlage/-wechsel
	Katheterentfernung
	Meningitis / Encephalitis
	Mobilisation aus dem Bett
	Operativer Eingriff
	Punktionen und Drainagen
	Reanimation
	Schlaganfall (hämorrhagisch)
	Schlaganfall (ischämisch)
	Spontanatemversuch
	Tracheotomie
	Weaning erfolgreich
	Weaningversagen
	Andere

	Date				
	Participant		Patient		$\neg$
secuTrial®	Centre		Form family	Medizinische Ereignisse	
Secumal	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	E-Signatur	
E-Signatur				C	V1.01
	nit bestätige inisches Ev	ich die Vollständigkeit und Kor ent].	rektheit der erfa	assten Daten für den Reiter [	

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 894 E-Mail

		Date		$\neg$		
		Participant		=		
	<b>-</b> • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	Centre		Patient		
se	cuTrial®		VID-19 (V1.01)	Form family	Begleitmedikation Begleitmedikation	
	Begleitmedikatio		VIB 10 (V 1.01)	7 01111	Deglerimedikation	(V1.01)
	-		and the Constant Mark		de la constanta	
			umentation der Med ktiv eingenommen v		ehmen, die während de	r
	Vassopressore dokumentiert.	ntherapien we	rden in einem eigen	ständigen Fori	nular innerhalb der Vis	iten
	<b>Begleitmedikation</b> ○ Ja ○ Nein	n verabreicht?				
	Begleitmedikation	Nr.: 1				
	Medikament		Medikation:			
		1	)		Ohne detailertes Verabreichungsschema	a
	Tagesdosis		Einheit:		oute:	
	Tagesuosis.	•		[		
			2)	L	3)	
	Beschreibu	ng der Verabreich	nung (Kein Pflichtfeld):			
	Startdatum:	!	Start unbekannt			
		ım.yyyy				
		,,,,,	_			
	Enddatum:		Ongoing	E	nde unbekannt	
	dd.m	nm.yyyy				
	Ihr Kontakt bei Fragen z	zur Datanaingaha:				
	_					
	Charité - Universitätsme Berlin Institute of Health	(BIH)				
	Tel.: +49 30 / 450 553 8 E-Mail	94				
	Possible entries					
		60 60 .		2		
	Please select one	of the following ent	ries for the corresponding	g items marked abo	ove.	
1)	ACC					
	ACE-Hemmer					
	Antibiotika - Ampi	cillin/Sulbactam (U	nacid)			
	Antibiotika - Azithi	romycin				
	Antibiotika - Ceftri	iaxon				
	Antibiotika - Dapto	omycin				
	Antibiotika - Imipe	enem				
	Antibiotika - Mero	penem				
	Antibiotika - Tazol	•				
	Antibiotika - Vanc	·				
	Antibiotika - Ande	•				
	Antivirale Therapi	e				
	·					

secuTrial® 5.6.1.7, 2020 Page 1 of 2

Cortison/Hydrocortison

Dobutamin

Enoximon
Hustenlöser
Levosimendan
Malariamedikation
Milrinon
NSAR - ASS
NSAR - Ibuprofen
NSAR - Metamizol
NSAR - Paracatemol
Sedativa
Vasopressoren - Epinephrin
Vasopressoren - Noradrenalin (NA)
Andere

# mg/d ml/d g/d μg/d μg/l/d lU/d Andere

3)	I.v.
	l.m.
	Oral
	Rektal
	Inhalation
	S.c.
	Sublingual
	Topisch

ooouTriol®	Date Participant Centre		Patient Form family	Begleitmedikation	
secuTrial®	Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form	E-Signatur	
E-Signatur					(V1.01)
	it bestätige tmedikatior	ich die Vollständigkeit und Ko ı].	rrektheit der erfa	assten Daten für den Reit	er [

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 894 E-Mail

	- •	6
secu	Irial	

Date	
Participant	
Centre	
Project	Pa-COVID-19 (V1 01)

Patient			
Form family	Outcome		
Form	Outcome		

	Outcome		(VI.UI)
Α	Datum des Endes der Studienteilna dd.mm.yyyy	hme:	
В	Outcome  ○ Entlassung  ○ Patient*In verstorben  ○ (Palliative) Verlegung (bitte kurze	Angaben im Kommentarfeld unten)	
С	Selbstversorgungs-Zustand		
D	Konnte eine nachträgliche Aufkläru O Ja O Nein	ıng erfolgen?	
E.1	Wurde der Karnofsky-Index vor der Entlassung durchgeführt?	Karnofsky-Index:  [%]	
E.2	Wurde der Barthel-Index vor der Entlassung durchgeführt?	Barthel-Index:  [Punkte]	
F	Respiratorisches Outcome  Composition Respiratorische Einschränkt Respiratorische Einschränkt Respiratorische Einschränkt Respiratorische Einschränkt Respiratorische Einschränkt Respiratorisches Outcome Respiratorisches Einschränkt Respiratorische Ei	atmung	
G	Kommentar		

Your contact for questions about data entry:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846



Ich fühlte mich unruhig.

ate		$\neg$
articipant		Ħ
entre		7
roject	Pa COVID 10 (V1 01)	

atient			_
orm family	Outcome		_

ouii iut	Project Pa-CO	VID-19 (VI.UI)	FOIII	PIOIIIS 29	
Promis 29					(V1.01)
Wurde der Frage	bogen ausgefüllt?		Bogen		
○Ja ○Nein	der Fragebogen ausgefüllt? Nein   damm.yyyyy    Iliche Funktionsfähigkeit rer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung    Ohne jede   Schwierigkeiten   S				
Kärnarlicha Eunk	tionsfähiakoit				
•	-	l angenommen Sie	wären in Ihrer alltä	alichen Umgebung	
Ocit iiiici Stationi		_			
Können Sie Hausarbeiten erledigen, z.B. Staubsaugen oder Gartenarbeit?	0	0	0	0	0
Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Freppen hoch- und untergehen?		0	0	0	0
önnen Sie nindestens 15 linuten lang pazieren ehen?	0	0	0	0	0
)					
Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen?	0	0	0	0	0
0					
ngst					
Seit Ihrer station	ären Aufnahme und	d angenommen Sie	wären in Ihrer alltä	glichen Umgebung	J
		Nie Selte	en Manchma	l Oft	Immer
ch fürchtete mic	h.	0 0	0	0	0
etwas		0 0	0	0	0
Meine Sorgen ha überwältigt.	ben mich	0 0	0	0	0

secuTrial® 5.6.1.7, 2020 Page 1 of 3

 $\circ$ 

 $\circ$ 

 $\circ$ 

 $\circ$ 

0

-	_
100	

## Depressivität

Seit	Ihrer	stationären	Aufnahme und	angenommen	Sie wärer	in Ihrer	alltäglichen	Hmaehuna
Jeil	111161	Stationaren	Aumanne und	anuenonnien	Sie waiei	ı III IIII EI	antauntnen	Ulliuebullu

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fühlte mich wertlos.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich hilflos.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich niedergeschlagen.	0	0	0	0	0
lch fühlte mich hoffnungslos.	0	0	0	0	0

# Erschöpfung

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
lch bin erschöpft.	0	0	0	0	0
Es fällt mir schwer, etwas anzufangen, weil ich müde bin.	0	0	0	0	0
Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	0	0	0	0	0
Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	0	0	0	0	0

## Schlafbeeinträchtigung

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

	Sehr schlecht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
Meine Schlafqualität war	0	0	0	0	0
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Mein Schlaf war erfrischend.	0	0	0	0	0
lch hatte Schlafprobleme. <b>⊘</b>	0	0	0	0	0
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	0	0	0	0	0

## Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung...

Och inici Stationaren Aumanne	ana angenoi	innen ole waren	ini inici antagnono	ii onigebung	•••
	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Es fällt mir schwer, meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	0	0	0	0	0
Es fällt mit schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich	0	0	0	0	0

mit meiner Familie machen möchte. ঔ	Ü	Ŭ	Ü	Ŭ	Ü		
Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).	0	0	0	0	0		
Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit Freunden machen möchte.	0	0	0	0	0		
⊗							
Beeinträchtigung durch Schmer	zen						
Seit Ihrer stationären Aufnahme	und angenomn	nen Sie wären i	n Ihrer alltäglich	en Umgebung			
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr		
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	0	0	0	0	0		
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	0	0	0	0	0		
Ø Wie ook who eintwäcktierten							
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Fähigkeit, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	0	0	0	0	0		
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	0	0	0	0	0		
⊗							
	Schmerzintensität						
Seit Ihrer stationären Aufnahme und angenommen Sie wären in Ihrer alltäglichen Umgebung							
	0 1	2 3	4 5 6	7 8 9	10		
Wie würden Sie Ihre Schmerzen im Allgemeinen einschätzen? 0 = keine Schmerzen 10 = schlimmster vorstellbarer Schmerz  € Schmerz  € Schmerz		0 0	0 0 0	0 0 0	0		
Your contact for questions about data entry Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 846 E-Mail	r.						

	Date Participant		Patient		
secuTria	© Centre Project	Pa-COVID-19 (V1.01)	Form family Form	Outcome E-Signatur	
E-Signatur					(V1.01)
	Hiermit bestätig Outcome].	e ich die Vollständigkeit und	I Korrektheit der erfa	assten Daten für de	n Reiter [

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

Charité - Universitätsmedizin Berlin Berlin Institute of Health (BIH) Tel.: +49 30 / 450 553 894 E-Mail