

Visitenregistrierung

(V1.01)

A.1 Wurde die Visite durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

A.2 Warum wurde die Visite nicht durchgeführt?

A.2 Datum der Visite:

dd.mm.yyyy

A.3 Kam es zur erfolgreichen Blutentnahme?

☐ Ja, vollständig.  
☐ Ja, aber unvollständig.  
☐ Nein

Wie ist die Labor-ID dieser Blutentnahme:

Warum kam es zu keiner vollständigen Blutentnahme?

A.4 Liegt der Patient auf der Intensivstation?

☐ Ja ☐ Nein

Datum der Aufnahme:

dd.mm.yyyy

Uhrzeit der Aufnahme (Kein Pflichtfeld)  
:

hh:mm

Einschlusskriterien

B.1 Gibt es eine gesicherte Diagnose von COVID-19?

☐ Ja ☐ Nein

B.2 Liegt eine unterschriebene Einwilligungserklärung vor?

☐ Ja ☐ Nein

Wer hat die Einwilligung unterschrieben?

☐ Patient ☐ Gesetzliche\*r Vertreter\*in

Datum der Einwilligungserklärung:

dd.mm.yyyy

B.3 Wurde der Patient über das Konsiliararztverfahren eingeschlossen?

☐ Ja ☐ Nein

Your contact for questions about data entry:

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

Angaben bei Studieneinschluss

(V1.01)

Zusatzinformationen der Charité

A.1 In welchem Campus wird der Patient behandelt?

1)

A.2 Erfolgt eine stationäre Behandlung im Krankenhaus? Station: Bitte benennen Sie die Station:

☐ Ja ☐ Nein

2)

A.3 Wurde der Patient auch in der COVIMMUN Studie eingeschlossen? Patientnummer/Pseudonym COVIMMUN:

☐ Ja ☐ Nein

Patienteninformationen

B.1a Hatte der/die Patient\*in in den letzten 14 Tagen vor Beginn seiner/ihrer Beschwerden wesentlich Kontakt mit einer nachgewiesenermaßen an COVID-19 erkrankten Person gehabt?

☐ Ja ☐ Nein

B.1b

Leben im selben Haushalt: ☐

Im Rahmen von Patient\*innenversorgung ohne adäquaten Schutz: ☐

Umgang mit infektiösen Proben oder Körperflüssigkeiten: ☐

Arbeit im selben Raum: ☐

Aufenthalt im selben Klassenzimmer/Hörsaal: ☐

Aufenthalt im selben Raum (Abstand<2m): ☐

Reisen im selben Verkehrsmittel (Abstand<2m): ☐

Sonstiger direkter Kontakt (Abstand<2m): ☐

B.2 War der/die Patient\*in in den letzten 14 Tagen vor Beginn der Beschwerden in einem Krankenhaus oder einer Ambulanz, in der COVID-19 Patienten behandelt wurden?

☐ Ja ☐ Nein

B.3 War der/die Patient\*in in den letzten 14 Tagen vor Beginn der Beschwerden in einem Labor, in dem COVID-19 Proben verarbeitet werden?

☐ Ja ☐ Nein

B.4a Leben Kinder im selben Haushalt?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

B.4b Welche Altersgruppen gibt es im Haushalt?

Kinder unter einem Jahr:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Kinder
Kinder zwischen 1-6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Kinder
Kinder zwischen 7-12:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Kinder
Kinder zwischen 13-18:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Kinder
Kinder größer 18:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Kinder

**B.5a Hat der/die Patient\*in regelmäßig (min 1x/Monat) direkten (physischen) Kontakt zu Enkelkindern?**

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**B.5b Mit welchen Enkeln hatte der/die Patient\*in Kontakt?**

Enkel unter einem Jahr:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Enkel
Enkel zwischen 1-6:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Enkel
Enkel zwischen 7-12:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Enkel
Enkel zwischen 13-18:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Enkel
Enkel größer 18:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anzahl Enkel

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)

Campus Benjamin Franklin
Campus Charité Mitte
Campus Virchow Klinikum

2)

W13
W41
W43i
W48
W59
MIN-141
MID-144i
MIN-146
MID-147i
MIN-148
MID-149
MID-203Ai
MID-203Bi
2a
40
44i
Andere

## Demographie

(V1.01)

### A

#### A.1 Alter bei Einschluss

[Jahre]

#### A.2 Geschlecht

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

#### A.3 Gewicht

[Kg]

#### Gewicht nicht bekannt

☐

#### A.4 Größe

[cm]

#### Größe nicht bekannt

☐

#### A.5 BMI

[kg/m²]

### B

#### B.1 Liegt eine Schwangerschaft vor?

☐ Ja ☐ Nein

#### Schwangerschaftswoche:

#### B.1 Frage nach Schwangerschaft ausgeblendet

#### B.2 Arbeitet die/der Patient\*in in einer medizinischen Einrichtung oder in einer Pflegeeinrichtung?

☐ Ja, in einer medizinischen Einrichtung  
☐ Ja, in einer Pflegeeinrichtung  
☐ Nein  
☐ Unbekannt

☐ Ja ☐ Nein

#### Im Labor?

☐ Ja ☐ Nein

#### B.3 Wann hatte der/die Patient\*in zum ersten Mal Beschwerden?

dd.mm.yyyy

☐ Unbekannt

#### B.4 Wann erfolgte die stationäre Aufnahme ins Krankenhaus?

(Eingabe der Uhrzeit wenn bekannt)

dd.mm.yyyy hh:mm

☐ Unbekannt

#### B.5 Wann wurde die Diagnose gestellt?

(Datum der Abnahme des positiven COVID-Tests (PCR))

dd.mm.yyyy

☐ Unbekannt

#### B.6a Wie wurde die Diagnose gestellt?

PCR: ☐

Andere: ☐

Unbekannt: ☐

**B.6b Zusatzinformation PCR:**

- ☐ Nasen-Rachenabstrich  
☐ Anderer Ort

**Zusatzinformation andere  
Diagnose, bitte spezifizieren Sie  
die Auswahl:**

**B.7a Wo wurde die Diagnose gestellt?** 1)**B.7b Zusatzinformation Diagnoseort, bitte 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 entries for the corresponding items marked above.

1)

Charité Universitätsmedizin
Vivantes Klinikum
Praxis/Niedergelassener Arzt
Andere Teststelle
Unbekannt

Vorerkrankungen und Risikofaktoren 1/2

(V1.01)

**A.1** Wurde der Karnofsky-Index erfasst und ist dem Studienteam bekannt?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.

**Karnofsky-Index:**

[%]

**A.2** Wurde der Barthel-Index erfasst und ist dem Studienteam bekannt?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.

**Barthel-Index:**

[Punkte]

**B** Ist der/die Patient\*in in einer Pflegeeinrichtung untergebracht?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**C.1** Leidet der/die Patient\*in unter mind. einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

C.2a	Erkrankung:	Vorhanden?	NYHA Klassifikation
	Bluthochdruck	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	
	Zustand nach Herzinfarkt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	
	Herzrhythmusstörungen	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	
	Herzinsuffizienz	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	<input type="text"/> 1)
	pAVK	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	
	Z.n. Revaskularisation	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	
	Andere	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Unbekannt	

**C.2b** Bitte spezifizieren Sie andere:

**D.1** Leidet der/die Patient\*in unter mindestens einer chronischen Lungenerkrankungen?

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**D.2a** An welcher chronischen Lungenerkrankung leidet der/die Patient\*in?

	Ja	Nein	Unbekannt
Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
COPD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenfibrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungenhochdruck/pulmonale Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OHS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlafapnoe / OSAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cystische Fibrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**D.2b** Bitte spezifizieren Sie andere:

**E.1** Bestand bereits vor der aktuellen Erkrankung eine Sauerstoff- oder Beatmungstherapie?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**E.2a** Welche Sauerstoff- oder Beatmungstherapie bestand vor der aktuellen Erkrankung?

	Ja	Nein	Unbekannt
NIV/nicht invasive Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
LTOT/Langzeitsauerstofftherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
CPAP/continuous positive airway pressure Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV/invasive Beatmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**E.2b** Bitte spezifizieren Sie andere:

**F.1** Leidet der/die Patient\*in an Diabetes?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**F.2** Wann war die Erstdiagnose?

yyyy ☐ Unbekannt

**F.3** An welchem Typ Diabetes leidet der/die Patient\*in?

☐ Typ 1  
☐ Typ 2  
☐ Unbekannt

**F.4** Gibt es eine Insulintherapie?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**F.5a** Nimmt der/die Patient\*in orale Antidiabetika?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**F.5b**

Sulfonylharnstoffe: ☐

Metformin: ☐

GLP-1-Analoga: ☐

DPP4-Hemmer: ☐

SGLT-2-Hemmer: ☐

Unbekannt: ☐

Andere: ☐

**F.5c** Bitte spezifizieren Sie andere:

**F.6a** Gibt es Diabetes-spezifische Komplikationen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

F.6b

Diabetische Nephropathie: ☐

Diabetische Retinopathie: ☐

Diabetischer Fuß: ☐

pAVK: ☐

Polyneuropathie: ☐

Andere: ☐

F.6c Bitte spezifizieren Sie die Komplikationen:

G Leidet der/die Patient\*in an einer Fettstoffwechselstörung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

H.1 Leidet der/die Patient\*in an einer chronischen Nierenerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

H.2a Ist der/die Patient\*in dialysepflichtig?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

H.2b Art der Dialyse:

- ☐ Hämodialyse  
☐ Peritonealdialyse  
☐ Unbekannt

I.1 Leidet der/die Patient\*in an einer chronischen Lebererkrankung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

I.2a An welcher chronischen Lebererkrankung leidet der/die Patient\*in?

	Ja	Nein	Unbekannt
Fettleber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leberzirrhose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chron. Hepatitis B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmunhepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

I.2b Bitte spezifizieren Sie die chronische Lebererkrankung:

J.1 Leidet der/die Patient\*in unter mind. einer chronischen neurologischen Erkrankung?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

J.2a An welcher chronischen neurologischen Erkrankung leidet der/die Patient\*in?

	Ja	Nein	Unbekannt
M. Parkinson	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Demenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Multiple Sklerose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neuromuskuläre Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



<b>Epilepsie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Migraine</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Z.n. hämorrhagischem Schlaganfall</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Z.n. ischämischem Schlaganfall</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Andere</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**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  |

## Vorerkrankungen und Risikofaktoren 2/2

(V1.01)

**K.1** Hat der/die Patient\*in aktuell oder in den letzten 3 Monaten eine Tumorthherapie erhalten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**K.2a** Leidet der/die Patient\*in unter mind. einer aktiven Tumor-/Krebserkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**K.2b** An welcher aktiven Tumor-/Krebserkrankung leidet der/die Patient\*in?

	Ja	Nein	Unbekannt
Lungen-Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mamma-Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostata-Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Malignes Melanom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundhöhlen/Kehlkopf Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colon-Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Harnblasen/Urothel Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Karzinom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**K.2c** Bitte spezifizieren Sie andere:

**L.1** Ist der/die Patient\*in organtransplantiert?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**L.2a** Welche Transplantation wurde durchgeführt?

	Ja	Nein	Unbekannt
Niere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lunge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**L.2b** Bitte spezifizieren Sie andere:

**M.1** Ist der/die Patient\*in HIV-infiziert?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**M.2** Nimmt der/die Patient\*in aktuell eine antiretrovirale Therapie ein?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**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 Erkrankungen vor?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**N.1 Leidet der/die Patient\*in unter mind. einer rheumatologischen/immunologischen Erkrankung?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**N.2a An welcher rheumatologischen/immunologischen Erkrankung leidet der/die Patient\*in?**

	Ja	Nein	Unbekannt
Immundefekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autoimmunerkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronisch entzündl. Darmerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**N.2b Bitte spezifizieren Sie andere:****O.1 Hat der/die Patient\*in in den letzten 3 Monaten eine Therapie mit Wirkung auf das Immunsystem eingenommen?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

O.2a	Ja	Nein	Unbekannt
Azathioprin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biologika (z.B. Antikörpertherapie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
MTX	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prednisolon < 5 mg/d	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prednisolon 5-20 mg/d	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prednisolon > 20 mg/d	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
JAK-Inhibitoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**O.2b Bitte spezifizieren Sie andere:****P.1 Hat der/die Patient\*in jemals *normale* Zigaretten geraucht?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**P.2 Raucht der/die Patient\*in zuzeit?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**P.3 Seit wievielen Jahren raucht der/die Patient\*in regelmäßig?****Wie viele Zigaretten raucht der/die Patient\*in im Durchschnitt am Tag?****Q Nutzt der/die Patient\*in E-Zigaretten?**

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**R 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](#)

## Abgeschlossene Medikation

(V1.01)

**Dieses Formular soll die Dokumentation der Medikamente aufnehmen, die vor der Studienphase eingenommen und vor Studien-Einschluss beendet wurde.**

### A.1 Hat der/die Patient\*in in den letzten 3 Monaten folgende Medikamente eingenommen?

	Ja	Nein	Unbekannt
ACE-Hemmer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antibiotika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antiepileptika	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hustenlöser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lipidsenker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NSAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sartane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### A.2 Kommentar

### B.1 Hat der/die Patient\*in andere Medikamente erhalten?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

### B.2 Abgeschlossene Medikation Nr.:

No. Medikamentengruppe Medikation:

1  1)

Letztes Einnahmedatum:

(Unvollständiges Datum erlaubt)

dd.mm.yyyy

☐ Datum unbekannt

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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

### Possible entries

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

- 1)
- |                     |
|---------------------|
| Antazida            |
| Antimykotika        |
| Betablocker         |
| Calciumantagonisten |
| Digitalis           |
| Diuretika           |
| Psychopharmaka      |

Virustatika
Andere

Wurde der Fragebogen ausgefüllt? Wann wurde der Bogen ausgefüllt?

☐ Ja ☐ Nein

dd.mm.yyyy

### Körperliche Funktionsfähigkeit

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

	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Kann ich gar nicht
Können Sie Hausarbeiten erledigen, z. B. Staubsaugen oder Gartenarbeit? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Treppen hoch- und runtergehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mindestens 15 Minuten lang spazieren gehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Angst

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fürchtete mich. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Sorgen haben mich überwältigt. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich unruhig. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### Depressivität

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fühlte mich wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich hilflos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich hoffnungslos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Erschöpfung

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

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Ich bin erschöpft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, etwas anzufangen, weil ich müde bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Schlafbeeinträchtigung

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

	Sehr schlecht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
Meine Schlafqualität war ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf war erfrischend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Schlafprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Es fällt mir schwer, meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



mit meiner Familie machen möchte.



Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).



Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit Freunden machen möchte.



### Beeinträchtigung durch Schmerzen

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

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Fähigkeit, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Your contact for questions about data entry:

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

Vitalparameter

(V1.01)

Hinweis:

Die Vitalparameter werden zum Zeitpunkt der Blutentnahme, also bei Intensivpatient\*innen um 6 Uhr morgens, erfasst. Bei Patient\*innen auf Normalstation wird der erste morgendliche Wert erfasst.

**A.1 Wurde die Untersuchung durchgeführt?**

☐ Ja ☐ Nein

**Datum der Untersuchung:**

dd.mm.yyyy

**A.2 Periphere  $S_pO_2$ :**

[%]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**A.3 Herzfrequenz:**

[bpm]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**A.4 Blutdruck systolisch:**

[mm Hg]

**Blutdruck diastolisch:**

[mmHg]

**Werte nicht bestimmt**

☐

**A.5 Atemfrequenz:**

[Atemzüge/min]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**A.6 Temperatur:**

[°C]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**A.7 Bewusstsein:**

- ☐ Unbeeinträchtigt  
☐ Beeinträchtigt ohne  
 Analgosedierung  
☐ Analgosediert

**Glasgow Coma Scale:**

**Wert nicht bestimmt**

☐

**A.7 Bewusstsein:**

- ☐ Unbeeinträchtigt  
☐ Beeinträchtigt ohne  
 Analgosedierung

**Glasgow Coma Scale:**

**Wert nicht bestimmt**

☐

**B. Patienten auf Intensivstation**

**B.1.1 Arterieller Sauerstoffpartialdruck:**

- ☐ Arteriell  
☐ Kapillar  
☐ Beide

**B.1.2 Letzter arterieller  $PaO_2$ :**

[mm Hg]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**B.1.3 Letzter kapillarer  $PaO_2$ :**

[mm Hg]

**Wert nicht bestimmt**

☐

**B.2.1 Kohlendioxidpartialdruck:**

- ☐ Arteriell  
☐ Kapillar  
☐ Beide

**B.2.2 Letzter arterieller  $PaCO_2$ :**

[mm Hg]

**Wert nicht bestimmt**

☐

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

Sauerstoff-, Beatmungs- und ECMO-Therapie

(V1.01)

A.1 Ist seit der letzten Visite eine Sauerstoff- und/oder Beatmungstherapie erfolgt?

☐ Ja ☐ Nein

Datum der Sauerstofftherapie:

dd.mm.yyyy

A.2 Nasenbrille?

☐ Ja ☐ Nein

[l/min]

Wert nicht verfügbar:

☐

A.3 Gesichtsmaske?

☐ Ja ☐ Nein

[l/min]

Wert nicht verfügbar:

☐

A.4.1 Highflow?

☐ Ja ☐ Nein

A.4.2 Fluss:

[l/min]

Wert nicht verfügbar:

☐

A.4.3 Sauerstoff

[%]

Wert nicht verfügbar:

☐

B. Patient\*innen auf Intensiv- oder Beatmungsstation

B.1 Berlin-Kriterien/Diagnose ARDS erfüllt?

☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Unbekannt

B.2 Künstliche Beatmung

Patient künstlich beatmet?

☐ Ja ☐ Nein

Art der Beatmung:

☐ invasiv ☐ nicht invasiv

B.3.1 Bitte dokumentieren Sie den Beatmungszugang:

☐ Tubus  
☐ Trachealkanüle  
☐ Unbekannt

B.3.2 Bitte dokumentieren Sie die Beatmungseinstellungen des Patienten:

Hinweis:

Hierbei gelten die Beatmungseinstellungen morgens um 6 Uhr.

Beatmungsmodus:

☐ Druckkontrolliert  
☐ Volumenkontrolliert  
☐ Assistierte Spontanatmung  
☐ Andere

Falls andere Beatmungseinstellungen, bitte angeben:

B.3 Bitte dokumentieren Sie die Beatmungseinstellungen des Patienten:

Hinweis:

Hierbei gelten die Beatmungseinstellungen morgens um 6 Uhr.

Beatmungsmodus:

☐ Kontrollierte Beatmung  
☐ Assistierte Spontanatmung  
☐ Unbekannt

<b>B.4 PEEP:</b> <input type="text"/> [cmH <sub>2</sub> O]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.5 Ppeak:</b> <input type="text"/> [cmH <sub>2</sub> O]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.6 Pmean:</b> <input type="text"/> [cmH <sub>2</sub> O]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.5 PPlateau:</b> <input type="text"/> [cmH <sub>2</sub> O]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.6 FiO<sub>2</sub>:</b> <input type="text"/> [%]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.7 Tidalvolumen:</b> <input type="text"/> [ml]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.8 Atemfrequenz:</b> <input type="text"/> [/min]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.9 PetCO<sub>2</sub>:</b> <input type="text"/> [mm Hg]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>
<b>B.10 Compliance dynamisch:</b> <input type="text"/> [ml/cmH <sub>2</sub> O]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>

### C. Lagerungstherapie

<b>C.1 Lage:</b> <input type="radio"/> Bauchlage <input type="radio"/> Rückenlage	<b>Seit wann erfolgt eine Bauchlagerung?</b> <input type="text"/> dd.mm.yyyy
<b>C.2 Wieviele Stunden erfolgt die Bauchlagerung?</b> <input type="text"/>	<b>Wert unbekannt</b> <input type="checkbox"/>
<b>C.3 ECMO-Therapie</b> <b>Erfolgt eine ECMO-Therapie?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<b>Seit wann erfolgt eine ECMO-Therapie:</b> <input type="text"/> dd.mm.yyyy <b>Uhrzeit ECMO-Therapie:</b> <input type="text"/> hh:mm
<b>C.4 Art der ECMO-Therapie:</b> <input type="radio"/> ECMO v/v <input type="radio"/> ECMO v/a <input type="radio"/> ECMO v-av <input type="radio"/> Unbekannt	
<b>C.5 Blutfluss:</b> <input type="text"/> [l/min]	<b>Wert nicht bestimmt</b> <input type="checkbox"/>

Your contact for questions about data entry:

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

Vasopressorentherapie

(V1.01)

**A.1 Erfolgt aktuell eine Vasopressorentherapie?**

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Unbekannt

**A.2 Epinephrin:**

- ☐  $\leq 0,1 \text{ } [\mu\text{g/kg/min}]$  ☐  $> 0,1 \text{ } [\mu\text{g/kg/min}]$

**A.2 NA:**

- ☐  $\leq 0,1 \text{ } [\mu\text{g/kg/min}]$  ☐  $> 0,1 \text{ } [\mu\text{g/kg/min}]$

**A.3 Ist seit der letzten Visite eines der folgenden Medikamente gegeben worden:**

- ☐ Keines  
☐ Dobutamin ☐ Levosimendan  
☐ Enoximon ☐ Milrinon

Your contact for questions about data entry:

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

## Hämodialyse

(V1.01)

**A.1 Wie ist die Urinproduktion des Patienten/24h ?** Wert nicht verfügbar  
 (bezogen auf die letzten 24h).

[ml]

☐

**A.2 Erhält der/die Patient\*in Diuretika?**

☐ Ja ☐ Nein

**A.3 Wie war die Volumenbilanz der letzten 24 h?** Wert nicht verfügbar

[ml]

☐

**A.4 Erfolgt derzeit eine Dialyse?**

☐ Ja ☐ Nein

**Falls ja, ist diese...**

☐ Kontinuierlich ☐ Intermittierend

Your contact for questions about data entry:

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

## Klinische Scores und Hämodynamik

(V1.01)

Liegen Daten zu klinischen Scores und/oder zur Hämodynamik vor?

☐ Ja ☐ Nein

dd.mm.yyyy

### A. Klinische Scores

A.1 Klinische Scores verfügbar?

☐ Ja ☐ 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

### B Schmerzen

B.1 Schmerzscores verfügbar?

☐ Ja ☐ Nein

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 am Morgen des Tages der Blutentnahme).

☐ Ja ☐ Nein

C.2 HZV:

 [l/min]

Wert nicht erfasst

C.3 Cardiac Index:

 [l/min/m<sup>2</sup>]

Wert nicht erfasst

C.4 EVLWI:

 [ml/kg]

Wert nicht erfasst

C.5 ITBVI:

 [ml/m<sup>2</sup>]

Wert nicht erfasst



<b>C.6</b>	<b>SVRI:</b>	<b>Wert nicht erfasst</b>
<input type="text"/>	[%]	<input type="text"/>

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

Andere mikrobiologische oder virologische Ergebnisse

(V1.01)

A.1 Andere mikrobiologische oder virologische Ergebnisse?

☐ Ja ☐ Nein

Datum der Untersuchung:

dd.mm.yyyy

A.2 Influenza Schnelltest A/B?

☐ Ja ☐ Nein

Resultat:

☐ Positiv ☐ Negativ

A.4 RSV?

☐ Ja ☐ Nein

Resultat:

☐ Positiv ☐ Negativ

A.5 Adenoviren?

☐ Ja ☐ Nein

Resultat:

☐ Positiv ☐ Negativ

A.6 Andere respiratorische Viren?

☐ Ja ☐ Nein

Resultat:

☐ Positiv ☐ Negativ

Spezifikation (optional):

B. Bakteriennachweis

B.1 Bakterien nachgewiesen?

☐ Ja ☐ Nein

B.2 Respiratorisches Material

Aus respiratorischem Material?

☐ Ja ☐ Nein

Welches Material?

☐ Sputum

☐ BAL

☐ TBS

☐ Andere

Andere, bitte angeben:

Erreger:

☐ Pneumokokken

☐ Pseudomonas

☐ Hämophilus

☐ Klebsiellen

☐ Staph. aureus

☐ Anderer

Anderer Erreger, bitte angeben:

B.3 Antigennachweis im Urin

Antigennachweis im Urin?

☐ Ja ☐ Nein

Antigen:

☐ Legionellen-Antigen ☐ Unbekannt

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

**Erreger:**

☐ Differenzierung ausstehend

☐ Klebsiellen

☐ Staph. aureus

☐ Pseudomonas

☐ andere Staphylococcen

☐ Pneumokokken

☐ Anderer

**Anderer Erreger, bitte angeben:**

#### B.5 Nachweis im Urin

**Aus Urin?**

☐ Ja ☐ Nein

**Welches Material?**

☐ Mittelstrahl ☐ Katheter

**Erreger:**

☐ E.coli

☐ Klebsiellen

☐ Anderer

**Anderer Erreger, bitte angeben:**

#### B.6 Nachweis im Stuhl

**Aus Stuhl?**

☐ Ja ☐ Nein

**Erreger:**

#### B.7 Besiedlung mit MRE

**Ist eine Besiedelung mit MRE bekannt?**

☐ Ja ☐ Nein

**Falls ja, seit wann:**

mm.yyyy

☐ Unbekannt

##### B.7.1

**Ort der Besiedlung**

☐ Nase/Rachen

☐ Urin

☐ Respirationstrakt

☐ Anderer

☐ Rektal

**Anderer Ort, bitte angeben:**

##### B.7.2

**MRE-Erreger:**

☐ MRSA

☐ VRE

☐ 3-MRGN

☐ Anderer

☐ 4-MRGN

**Anderer Erreger, bitte angeben:**

Your contact for questions about data entry:

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

Weitere Prozeduren

(V1.01)

**A. Echokardiografie**

**A.1 Ist seit der letzten Visite eine Echokardiografie erfolgt?**  
☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt  
 Datum der Echokardiografie:  dd.mm.yyyy Datum unbekannt ☐

**A.2 Perikarderguss?**

☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Unbekannt

**A.3 Linksventrikuläre Ejektionsfraktion**  
 [%] Wert nicht bestimmt ☐

	Ja	Nein	Unbekannt
<b>Zeichen der rechtsventrikulären Belastung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aorteninsuffizienz?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Aortenstenose?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mitralinsuffizienz?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Mitralstenose?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**B. Lumbalpunktion**

**B.1 Ist seit der letzten Visite eine Lumbalpunktion erfolgt?**  
☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt  
 Datum der Lumbalpunktion:  dd.mm.yyyy Datum unbekannt ☐

	Ja	Nein	Unbekannt
<b>Zellzahlerhöhung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Proteinerhöhung?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C. Elektrophysiologische Untersuchung**

**C.1 Ist seit der letzten Visite eine elektrophysiologische Untersuchung erfolgt?**  
☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt  
 Datum der elektrophysiologischen Untersuchung:  dd.mm.yyyy Datum unbekannt ☐

**C.2 Wenn ja, Diagnosen:**

☐ Keine  
☐ Myopathie  
☐ Neuropathie

Your contact for questions about data entry:

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



**A.1 Röntgen Thorax oder CT- Thorax erfolgt seit der letzten Visite?** Datum der Durchführung: Datum unbekannt

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt  dd.mm.yyyy ☐

**A.2 Bildgebungsverfahren:**  
☐ CT ☐ Röntgen

**A.3.1 Resultate:**

	Ja	Nein	Unbekannt
Infiltrate?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pneumothorax?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pleuraerguss?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

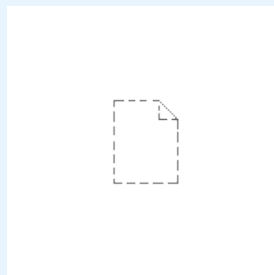
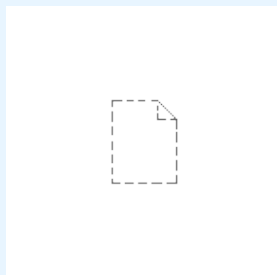
**A.3.2 Verlauf Infiltrate:**

☐ Zunehmend  
☐ Abnehmend  
☐ Gleichbleibend  
☐ Unbekannt

**Seite:**

☐ Einseitig  
☐ Beidseitig  
☐ Unbekannt

**A.4 Bildupload:**



**A.5 Ist ein MRT des Kopfes erfolgt?**

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**Falls ja, Diagnose:**

Your contact for questions about data entry:

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



### Blutbild

#### A Blutprobe für Blutbild abgenommen?

☐ Ja ☐ Nein

#### Datum 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

### B Hämostaseologie

#### Blutprobe für Hämostaseologie abgenommen?

☐ Ja ☐ Nein

#### Datum der Abnahme:

dd.mm.yyyy

#### 1. aPTT:

[s]

☐ kA

#### 2. Quick:

[%]

☐ kA

#### 3. INR:

☐ kA

#### 4. D-Dimere:

[mg/L]

☐ kA

#### 5. Fibrinogen:

[g/L]

☐ kA

#### 6. AT3:

[%]

☐ kA

### C Immunologie

#### Blutprobe für Immunologie abgenommen?

☐ Ja ☐ Nein

#### Datum der Abnahme:

dd.mm.yyyy

#### 1. CD4+ T-Zellen:



[/nI]

☐

kA

**2. CD8+ T-Zellen:**

[/nI]

☐

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 ☐ Nein**Datum der Abnahme:**

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](#)

Klinische Chemie (1/2)

(V1.01)

Blutprobe für Klinische Chemie abgenommen?

☐ Ja ☐ Nein

Datum der Abnahme:

dd.mm.yyyy

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. AP:

[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](#)

Klinische Chemie (2/2)

(V1.01)

16. Magnesium:

[mmol/L]

☐ kA

17. Calcium ionisiert:

[mmol/L]

☐ kA

18. Procalcitonin:

[µg/L]

☐ kA

19. CRP:

[mg/L]

☐ kA

20. Creatinkinase:

[U/L]

☐ kA

21. CK-MB:

[U/L]

☐ kA

22. NT-ProBNP:

[ng/L]

☐ kA

23. Copeptin:

[pmol/L]

☐ kA

24. Troponin high sens:

[ng/L]

☐ kA

25. Ferritin:

[µg/L]

☐ kA

26. ACE:

[U/L]

☐ kA

27. Cholesterol:

[mg/dL]

☐ kA

28. HDL-Cholesterin:

[mg/dL]

☐ kA

29. LDL-Cholesterin:

[mg/dL]

☐ kA

30. Triglyceride:

[mg/dL]

☐ kA

31. Natrium im Spontanurin:

[mmol/L]

☐ kA

32. Albumin im Spontanurin:

[mg/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   
 Participant   
 Centre   
 Project Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient   
 Visit   
 Form family Labor  
 Form COVID-19 Abstrich

COVID-19 Abstrich

(V1.01)

A.1 COVID-19 Abstrich erfolgt?

☐ Ja ☐ Nein

Datum des Abstrich:

dd.mm.yyyy

A.2 PCR Ergebnis:

- ☐ Positiv  
☐ Schwach positiv  
☐ Negativ  
☐ Unbekannt

Your contact for questions about data entry:

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

**In diesem Formular werden die vorhandenen Symptome dokumentiert.**

**Bitte dokumentieren Sie ausschließlich vorhandene Symptome im Zeitfenster Ende letzter Visitenzeitraum bis jetziger Visitenzeitraum.**

**A.1 Konnte der/die Patient\*in Auskunft zu Symptomen geben?**

- ☐ Ja, Patient hat Symptome angegeben.  
☐ Ja, aber Patient war beschwerdefrei.  
☐ Nein  
☐ Unbekannt

**Bitte fragen Sie die Symptome nach den Vorgaben ab. In der Hilfe können Sie die vollständige Liste einsehen.**

Help: Abgeschlagenheit (Stärke 1-10)  
 Andere Symptome  
 Appetitlosigkeit (Stärke 1-10)  
 Ataxia  
 Augenentzündung  
 Bauchschmerzen (Stärke 1-10)  
 Blutung (Ort)  
 Brustschmerzen (Stärke 1-10)  
 Erbrechen  
 Gelenkschmerzen (Stärke 1-10)  
 Halsschmerzen  
 Hautveränderung  
 Husten (mit Auswurf[Farbe] / ohne Auswurf)  
 Kopfschmerzen (Stärke 1-10)  
 Krampfanfall (Epileptischer Anfall) gehabt  
 Kurzatmigkeit (in Ruhe / beim Gehen/Aufstehen)  
 Lymphknotenschwellung  
 Muskelschmerzen (Stärke 1-10)  
 Naselaufen  
 Niesen  
 Ohrenschmerzen  
 Schwindel  
 Sehstörungen  
 Störungen der Augenbewegungen  
 Übelkeit  
 Veränderter Geruchs- oder Geschmackssinn  
 Verstopfte Nase  
 Verwirrtheit

**A.2 Symptom Nr.: 1**

Symptom:	Zusatzinformation Kurzatmigkeit:	Zusatzinformation Husten:	Zusatzinformation Husten (Farbe des Auswurfs):	Zusatzinformation Brustschmerzen (Schmerzskala von 1-10):	Zusatzinformation Abgeschlagenheit (Skala von 1-10):
<input type="text"/>	<input type="radio"/> mMRC-Grad 0: <input checked="" type="radio"/> Atemnot bei schweren Anstrengungen <input type="radio"/> mMRC Grad I: Atemnot bei schnellem Gehen oder bei leichten	<input checked="" type="radio"/> Mit Auswurf <input type="radio"/> Ohne Auswurf	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/>	<input checked="" type="radio"/> <input type="text"/>

- 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 einem bewusstseinsgeminderten Zustand?**

☐ Ja ☐ Nein ☐ Unbekannt

**B.2 Welche Symptome konnten beobachtet werden?**

	Ja	Nein	Unbekannt
Blutung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Delir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diarrhöe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzrhythmusstörung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krampfanfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
V.a. Schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**C Wie ist das aktuelle  
Allgemeinbefinden des/der  
Patienten/Patientin:**

- ☐ Besser als am Vortag
- ☐ Gleich zum Vortag
- ☐ Schlechter als am Vortag
- ☐ Keine Angabe

**Allgemeinbefinden bewertet auf  
einer Skala von 1-10:**

(1 schlechtest möglich, 10 bestmöglich)

☒  Wert von 1-10

**D Größe der Angst bei dem/der Patient\*in:**

(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**

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

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



Date	<input type="text"/>
Participant	<input type="text"/>
Centre	<input type="text"/>
Project	Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient	<input type="text"/>
Visit	<input type="text"/>
Form family	E-Signatur
Form	E-Signatur

## E-Signatur

(V1.01)

☐ **Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der erfassten Daten zu dieser Visite.**

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

Centre

Project Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient

Form family Medizinische Ereignisse

Form Medizinische Ereignisse

## Medizinische Ereignisse

(V1.01)

Traten wichtige medizinische Ereignisse auf?

☐ Ja ☐ Nein

### Medizinisches Ereignis Nr.:

No. Ereignisgruppe: Zusatzinformationen:

1

1)

Zeitpunkt des Ereignisses

Uhrzeit darf unvollständig sein

dd.mm.yyyy  
hh:mm

Zeitpunkt des Ereignisses

☐

Unbekannt

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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

### 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	<input type="text"/>
Participant	<input type="text"/>
Centre	<input type="text"/>
Project	Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient	<input type="text"/>
Form family	Medizinische Ereignisse
Form	E-Signatur

## E-Signatur

(V1.01)

☐ **Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der erfassten Daten für den Reiter [Medizinisches Event].**

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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

Begleitmedikation

(V1.01)

**Dieses Formular soll die Dokumentation der Medikamente aufnehmen, die während der Studienphase mind. einmal aktiv eingenommen wurden.**

**Vassopressorentherapien werden in einem eigenständigen Formular innerhalb der Visiten dokumentiert.**

Begleitmedikation verabreicht?

☐ Ja ☐ Nein

Begleitmedikation Nr.: 1

Medikamentengruppe

1)

Medikation:

☐

Ohne detailliertes  
Verabreichungsschema

Tagesdosis:

Einheit:

2)

Route:

3)

Beschreibung der Verabreichung (Kein Pflichtfeld):

Startdatum:

 dd.mm.yyyy

Start unbekannt

☐

Enddatum:

 dd.mm.yyyy

Ongoing

☐

Ende unbekannt

☐

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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

Possible entries

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

1)

ACC
ACE-Hemmer
Antibiotika - Ampicillin/Sulbactam (Unacid)
Antibiotika - Azithromycin
Antibiotika - Ceftriaxon
Antibiotika - Daptomycin
Antibiotika - Imipenem
Antibiotika - Meropenem
Antibiotika - Tazobac/Piperacillin
Antibiotika - Vancomycin
Antibiotika - Andere
Antivirale Therapie
Cortison/Hydrocortison
Dobutamin

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

2)

mg/d
ml/d
g/d
µg/d
µg/l/d
IU/d
Andere

3)

I.v.
I.m.
Oral
Rektal
Inhalation
S.c.
Sublingual
Topisch



Date	<input type="text"/>
Participant	<input type="text"/>
Centre	<input type="text"/>
Project	Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient	<input type="text"/>
Form family	Begleitmedikation
Form	E-Signatur

## E-Signatur

(V1.01)

☐ **Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der erfassten Daten für den Reiter [ Begleitmedikation].**

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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

## Outcome

(V1.01)

### A Datum des Endes der Studienteilnahme:

dd.mm.yyyy

### B Outcome

- ☐ Entlassung  
☐ Patient\*In verstorben  
☐ (Palliative) Verlegung (bitte kurze Angaben im Kommentarfeld unten)

### C Selbstversorgungs-Zustand

- ☐ Besser als zuvor  
☐ Genau wie zuvor  
☐ Schlechter als zuvor

### D Konnte eine nachträgliche Aufklärung erfolgen?

- ☐ Ja ☐ Nein

### E.1 Wurde der Karnofsky-Index vor der Entlassung durchgeführt?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.

Karnofsky-Index:

[%]

### E.2 Wurde der Barthel-Index vor der Entlassung durchgeführt?

- ☐ Ja  
☐ Nein  
☐ Wurde durchgeführt, aber zurzeit nicht bekannt.

Barthel-Index:

[Punkte]

### F Respiratorisches Outcome

- ☐ Keine Respiratorische Einschränkung / Gleich zum Vorzustand  
☐ Neue Langzeitsauerstofftherapie  
☐ Neue (Intermitt.) nicht invasive Beatmung  
☐ Neue (Intermitt.) invasive Beatmung

### G Kommentar

Your contact for questions about data entry:

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





Wurde der Fragebogen ausgefüllt? Wann wurde der Bogen ausgefüllt?

☐ Ja ☐ Nein

dd.mm.yyyy

### Körperliche Funktionsfähigkeit

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

	Ohne jede Schwierigkeiten	Mit geringen Schwierigkeiten	Mit einigen Schwierigkeiten	Mit großen Schwierigkeiten	Kann ich gar nicht
Können Sie Hausarbeiten erledigen, z. B. Staubsaugen oder Gartenarbeit? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mit normaler Geschwindigkeit Treppen hoch- und runtergehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie mindestens 15 Minuten lang spazieren gehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie Besorgungen machen und einkaufen gehen? ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Angst

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fürchtete mich. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fand es schwer, auf etwas anderes zu achten als auf meine Angst. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Sorgen haben mich überwältigt. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich unruhig. ☑	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



### Depressivität

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Ich fühlte mich wertlos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich hilflos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich niedergeschlagen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühlte mich hoffnungslos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Erschöpfung

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

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Ich bin erschöpft.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, etwas anzufangen, weil ich müde bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie ausgelaugt fühlten Sie sich im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie erschöpft waren Sie im Allgemeinen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Schlafbeeinträchtigung

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

	Sehr schlecht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
Meine Schlafqualität war ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mein Schlaf war erfrischend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Schlafprobleme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich hatte Schwierigkeiten einzuschlafen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Teilhabe an sozialen Rollen und Aktivitäten

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

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Es fällt mir schwer, meinen regelmäßigen Freizeitaktivitäten mit anderen nachzugehen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

mit meiner Familie machen möchte.



Es fällt mir schwer, meine gewohnte Arbeit zu erledigen (einschließlich der Arbeit zu Hause).



Es fällt mir schwer, allen Aktivitäten nachzugehen, die ich mit Freunden machen möchte.



### Beeinträchtigung durch Schmerzen

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

	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mäßig	Ziemlich	Sehr
Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Alltagsaktivitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre häuslichen Tätigkeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Ihre Fähigkeit, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input checked="" type="radio"/> Wie sehr beeinträchtigten Schmerzen Sie bei Ihrer Hausarbeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Your contact for questions about data entry:

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

Date	<input type="text"/>
Participant	<input type="text"/>
Centre	<input type="text"/>
Project	Pa-COVID-19 (V1.01)

Patient	<input type="text"/>
Form family	Outcome
Form	E-Signatur

## E-Signatur

(V1.01)

☐ **Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Korrektheit der erfassten Daten für den Reiter [Outcome].**

Ihr Kontakt bei Fragen zur Dateneingabe:

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