

## Anlage 2

## Berichtsformular für Betroffene / Angehörige

Sie kennen im Zusammenhang mit dem Long Covid Syndrom einen Fall bei dem die Versorgung leider nicht nach Plan oder besonders gut verlief? Beide genannten Fälle sind für uns interessant. Auf dieser Plattform bieten wir Ihnen die Möglichkeit Ihre Erfahrungen zu teilen, so dass Experten für Patientensicherheit unser Gesundheitssystem weiter verbessern können. Das hilft Ihnen und allen anderen Menschen in ganz Deutschland. Patienten-Feedback für Patientensicherheit ist ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Patientensicherheit in Kooperation mit der Techniker Krankenkasse und gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit. Ihre Meldung wird anonym erfasst und alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig.

Was ist die Überschrift Ihres Berichts? ( <i>Freitext</i> )	Eine griffige Bezeichnung für Ihren Fallbericht.
Was ist genau passiert? Was haben Sie erlebt? ( <i>Freitext</i> )	Bitte beschreiben Sie Ihren Fall anonym (keine Namensangaben). Je genauer die Fallbeschreibung ist, umso mehr können wir mit dem Inhalt anfangen.
Was ist in Ihrem Fall nicht gut verlaufen? ( <i>Freitext</i> )	Was war in Ihrem Fall besonders ungünstig, unangenehm, störend, risikoreich?
Was war in Ihrem Fall ggf. besonders gut/positiv? ( <i>Freitext</i> )	Auch bei kritischen Ereignissen werden manchmal einige Dinge gut gemacht und wenden z.B. noch größeren Schaden ab, auch daraus kann gelernt werden.
Was waren beitragende Faktoren / Ursachen / Hintergründe zur Entstehung Ihres Falls? ( <i>Freitext</i> )	Welche Informationen liegen Ihnen vor in Bezug auf „Wie konnte das passieren?“
Was könnte man aus Ihrem Fall lernen? ( <i>Freitext</i> )	Was ist Ihr Ratschlag für die Zukunft (z.B. für andere Patienten & Angehörige, Profis im Gesundheitswesen oder das Gesundheitssystem allgemein)?
Haben Sie noch weitere Gedanken zu Ihrem Fall, die Sie gerne mitteilen möchten? ( <i>Freitext</i> )	

<b>Personenbezogene Angaben</b>	
Ich berichte als... <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient/in</li> <li>• Angehörige/r von Patient/in</li> <li>• Gesundheitsfachpersonal &amp; Patient/in</li> <li>• Gesundheitsfachpersonal &amp; Angehörige/r von Patient/in</li> </ul>	Mit Gesundheitsfachpersonal sind alle Mitarbeitenden und Berufsgruppen in der Patientenversorgung gemeint.
Wo war das Ereignis? (Mehrfachauswahl) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhaus</li> <li>• Ambulant/Arztpraxis</li> <li>• Pflegeheim</li> <li>• Rehabilitationseinrichtung</li> <li>• Spezialisierte Long/Post- COVID Einrichtung</li> <li>• Apotheke</li> <li>• Sonstiger Bereich</li> <li>• keine Angaben</li> </ul>	
Wie alt ist die betroffene Person? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-1</li> <li>• 2-5</li> <li>• 6-15</li> <li>• 16-20</li> <li>• 21-40</li> <li>• 41-60</li> <li>• 61-80</li> <li>• &gt;80</li> <li>• Keine Angabe</li> </ul>	Geschlecht der betroffenen Person? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiblich</li> <li>• Männlich</li> <li>• Divers</li> <li>• keine Angabe</li> </ul>

<b>Symptome</b>	
<p>Hier finden Sie eine Auswahl der häufigsten Symptome/Beschwerden bei Long-Covid/ Post-Covid. Kreuzen Sie gerne an, welche bei Ihnen/der betroffenen Person aufgetreten sind. Ganz unten finden Sie noch ein Freitextfeld in dem Sie andere hier nicht aufgelistete Symptome/Beschwerden eintragen können.</p>	
<p><b>Bei Ihnen / der betroffenen Person sind folgende Symptome aufgetreten:</b></p>	
<p><b>Atmung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kurzatmigkeit</li> <li>• Husten/ Hustenreiz</li> <li>• Atembeschwerden/Schonatmung</li> </ul> <p><b>Herz-/ Gefäßsystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brustschmerzen</li> <li>• Engegefühl in der Brust</li> <li>• Herzklopfen</li> </ul> <p><b>Allgemeine Symptome</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starke Müdigkeit</li> <li>• Erschöpfung &amp; eingeschränkte Belastbarkeit (sog. „Fatigue“)</li> <li>• Kraftlosigkeit</li> <li>• Fieber</li> <li>• Abgeschlagenheit</li> <li>• Haarausfall</li> </ul> <p><b>Gehirn- &amp; Nervensystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzentrationsprobleme</li> <li>• Gedächtnisstörungen</li> <li>• Wortfindungsstörungen</li> <li>• Schlafstörungen</li> <li>• Kopfschmerzen</li> <li>• Schwindel</li> <li>• Gangunsicherheit</li> <li>• Sensibilitätsstörungen</li> <li>• Periphere Neuropathie-Symptome (Nadelstiche &amp; Taubheitsgefühl)</li> <li>• Zittern</li> </ul>	<p><b>Magen-Darm-Trakt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Übelkeit</li> <li>• Durchfall</li> <li>• Unterleibsschmerzen</li> <li>• Anorexie &amp; verminderter Appetit (bei älteren Menschen)</li> </ul> <p><b>Muskel-Skelett-System</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelschwäche</li> <li>• Muskelschmerzen</li> <li>• Gelenkschmerzen</li> </ul> <p><b>Psyche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptome einer Depression</li> <li>• Angstzustände</li> <li>• (Schlafstörungen)</li> </ul> <p><b>Haut</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hautausschläge</li> <li>• Juckreiz</li> </ul> <p><b>Hals-, Nasen- &amp; Ohrensystem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tinnitus</li> <li>• Störungen von Geschmack und Geruch</li> <li>• Ohrenschmerzen</li> <li>• Halsentzündungen</li> </ul> <p>Weitere Symptome/ Beschwerden: (Bitte beschreiben Sie diese so genau wie möglich – Danke) <i>(Freitext)</i></p>

<b>Erkrankung und Erkrankungsdauer</b>
Wann hatten Sie/die betroffene Person zum ersten Mal Covid? (Monat Jahr)
Wie oft hatten Sie/die betroffene Person Covid? (Anzahl)
Wann hatten Sie/die betroffene Person zuletzt Covid? (Monat Jahr)
Wann begann aus Ihrer Sicht die Problematik „Long Covid“? (Monat Jahr)
Dauer der Long Covid / Post-Covid Symptome <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 - 4 Wochen</li> <li>• bis zu 3 Monate</li> <li>• bis zu 6 Monate</li> <li>• bis zu 12 Monate</li> <li>• bis zu 2 Jahren</li> <li>• dauerhaft</li> </ul>
Zeitpunkt der ersten Symptome <ul style="list-style-type: none"> <li>• direkt nach der Erkrankung</li> <li>• nach 2 Wochen</li> <li>• nach 4 Wochen</li> <li>• nach mehreren Monaten</li> </ul>
Welche Einrichtungen waren bei Ihrer Erkrankung beteiligt? (Mehrfachauswahl) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausarztpraxis</li> <li>• Facharztpraxis</li> <li>• Krankenhaus</li> <li>• Rehabilitationseinrichtung</li> <li>• Therapeutische Einrichtungen (Physiotherapie u.ä.)</li> <li>• Long/Post COVID Ambulanz</li> <li>• Weitere</li> </ul>
Haben sich Ihre Symptome bzw. die der betroffenen Person im Verlauf verändert? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptome werden besser</li> <li>• Symptome werden schlechter</li> <li>• Symptome bleiben unverändert</li> </ul>
Nach dem Absenden Ihres Fallberichtes erhalten Sie einen Code angezeigt. Bitte notieren Sie sich diesen Code. Darüber können wir Ihnen, wenn Sie wollen, anonym Fragen zum Fall stellen, um eine noch bessere Analyse zu erstellen.