



Post-COVID-Syndrom (PCS) Score

Nachname _____

Vorname _____

Datum _____

Nr.	Leiden Sie <u>derzeit</u> unter einer der folgenden gesundheitlichen Einschränkungen?	Nein	Ja
1	Geschmacks- oder Geruchsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sogenannte „ <i>Fatigue</i> “ (chronische Erschöpfung, Müdigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Mangelnde körperliche Belastbarkeit (z.B. Kurzatmigkeit bei Belastung, volle Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Gelenk- oder Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Beschwerden im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich (z.B. Heiserkeit, Schmerzen oder Kratzen im Hals, laufende Nase)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Lungen- oder Atembeschwerden (z.B. Husten, pfeifende oder keuchende Atmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Herzbeschwerden (z.B. Extrasystolen, Herzrasen, Brustschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Magen-Darmbeschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen, Übelkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Beschwerden oder Auffälligkeiten des Nervensystems oder Gedächtnis (z.B. Verwirrtheit, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörung, Zittern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Hautbeschwerden (z.B. Haarausfall, Ausschlag, Juckreiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Infektionszeichen (z.B. Schüttelfrost, Fieber, grippeartiges Gefühl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Schlafstörungen (z.B. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Schlaf nicht erholsam)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>