



Datum __ . __ . ____

1. Persönliche Daten

Name _____ Vorname _____
 Geb. Datum _____
 Adresse _____
 Telefon _____
 Email _____
 Krankenversicherung _____ Privat

Zuweisende Arztpraxis
 verpflichtende Angabe für Rückfragen etc.

Arzt
 Adresse
 Telefon
 Fax
 Email:

2. Indikation

Syndrom	Diagnosesicherheit		Ursache		
	Sichere Diagnose	Verdacht	SARS-CoV-2 Infektion	Andere Infektion	Nach Impfung
<input type="radio"/> LongCOVID Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ME/CFS*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Myalgische Enzephalitis/Chronic Fatigue Syndrom

3. Aktuelle Beschwerden

- Atemnot
- Herzrasen / Brustschmerzen
- Geruchs- /Geschmacksstörungen
- Schlafstörungen
- Erschöpfungssyndrom
- Depressive Stimmungslage
- Konzentrationsstörungen/Gedächtnisstörungen
- Andere: _____

4. Vorerkrankungen

5. Medikamente

6. Weitere therapeutische Maßnahmen

Erforderlich:

1. Relevante Untersuchungs-/Laborbefunde, Arztbriefe
2. Röntgen- / CT - /MRT-Bilder
3. Entlassungsberichte / Rehabilitationsberichte
4. Überweisungsschein und Versichertenkarte

Anmeldebogen und Vorfunde in Kopie an:

Medizinische Hochschule Hannover
 ZSE Post-COVID, OE 5130
 Carl-Neuberg-Str. 1
 30625 Hannover

oder

Universitätsmedizin Göttingen
 Zentrale Notaufnahme
 Long-/Post COVID Ambulanz
 Robert-Koch Str. 40
 37075 Göttingen