

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnadresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Datum SARS-CoV-2-PCR positiver Test: _____

Zuweiser (Name, Stempel):

1 Post-COVID-Functional-Status

Grad 0

Grad 1

Grad 2

Grad 3

Grad 4

2 Symptome über 3 Monate

Schweregrad von 0 - 10 angeben (0 = keine Symptome, 10 = maximaler Schweregrad)

Anhaltende Erschöpfung

Kreislaufstörung/Herzrasen

Atembeschwerden

Schlafstörung

Muskel-/Gelenkbeschwerden

Geruch- und Geschmacksstörung

Verdauungsprobleme

Kopfschmerzen

Kognitive Beeinträchtigung

Angst/Depression/Somatisierung

Andere Symptome: _____

Ich bin damit einverstanden, dass diese Checkliste und damit meine oben genannten Daten an das LIV Tirol übermittelt und dort für ein Register erhoben, gespeichert, verarbeitet und im Rahmen des Versorgungsprogramms anderen Gesundheitsdiensteanbietern, bei denen ich in Behandlung bin, bereitgestellt bzw. weitergeleitet werden. Zudem bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Aufnahme in das Programm Post-COVID kontaktiert werden darf. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Unterschrift: _____

Rückmeldung per FAX an:

DGKP Daniela Langer – Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol – Koordination Post-COVID Tirol
– fax: 050 504 – 67 25 833 tel: +43 (0)664/ 88 42 60 57 – mail: postcovid@liv.tirol –
www.postcovid.tirol