Checkliste für PAIS Versorgung Tirol

LIV
LANDESINSTITUT FÜR INTEGRIERTE VERSORGUNG TIROL
POSTAKUTE INFEKTIONSSYNDROME TIROL

Name: _____

Zuweiser (Name, Stempel):

Geburtsdatum: _____

Adresse/PLZ: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Sozialversicherungsträger: _____

Versicherungsnummer: _____

Datum der Infektion: _____

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 anderer Gesundheitsdiensteanbieter, bei denen ich in Behandlung bin, bereitgestellt bzw. weitergeleitet werden. Zudem bin ich ausdrücklich damit einverstanden, dass ich zur Aufnahme in das Programm PAIS kontaktiert werden darf. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung meiner Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum: _____ **Unterschrift:**_____

Rückmeldung an:

Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol – Koordination PAIS Tirol

Tel: +43(0)50 504 25833 - **Mail:** pais@liv.tirol– **Web:** www.postcovid.tirol