

Name: Max Mustermann  
 Geburtsdatum: 18.10.1991  
 Wohnadresse: Musterstraße 17  
6020 Innsbruck  
 E-Mail-Adresse: m.max@gmail.com  
 Telefonnummer: 0664/12345678  
 Versicherungsnummer: 1234  
 Datum SARS-CoV-2-PCR positiver Test: 24.11.2022

**Zuweiser (Name, Stempel):**

**Dr. Max Holzstempel**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Teststr. 1 94036 Passau  
 Tel. 0851 / 95 63 40 Fax: 95 63 423  
 LAN 123 335 33 BST 224 444 44  
 Mo-Fr 8.30-12.00 Mo,Di,Do 15-18 Uhr

*Dr. Holzstempel*

## 1 Post-COVID-Functional-Status

Grad 0	Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 Symptome über 3 Monate

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

Anhaltende Erschöpfung	<input type="text" value="6"/>	Kreislaufstörung/Herzrasen	<input type="text" value="1"/>
Atembeschwerden	<input type="text" value="4"/>	Schlafstörung	<input type="text" value="5"/>
Muskel-/Gelenkbeschwerden	<input type="text" value="5"/>	Geruch- und Geschmacksstörung	<input type="text" value="0"/>
Verdauungsprobleme	<input type="text" value="0"/>	Kopfschmerzen	<input type="text" value="7"/>
Kognitive Beeinträchtigung	<input type="text" value="7"/>	Angst/Depression/Somatisierung	<input type="text" value="5"/>
Andere Symptome: <u>Tinnitus</u>			<input type="text" value="4"/>

*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: *Max Mustermann*

### Rückmeldung an:

Landesinstitut für Integrierte Versorgung Tirol – Koordination Post-COVID Tirol – +43 (0)664/ 88 42 60 57 – mail: [postcovid@liv.tirol](mailto:postcovid@liv.tirol) – [www.postcovid.tirol](http://www.postcovid.tirol)