

PMIS-Checkliste für Ärzte*innen

APPROVAL COPY
For demonstration use only!

Basis-Patientendaten

Frage

1

Postleitzahl:

□□□□

Frage

2

Geschlecht:

- weiblich
 männlich

Einfachauswahl

Frage

3

Geburtsjahr:

□□□□

Frage

4

Datum der klinischen Untersuchung:

□□□□□□

Frage

5

Gewicht:

□□ kg

Frage

6

Größe:

□□□ cm

Frage

7

Ist bekannt, wann der Teilnehmer an COVID19 erkrankt ist?

- Nein
 Ja

Einfachauswahl

Frage

8

Wenn ja, wann ist der Teilnehmer an COVID19 erkrankt?

Datum der ersten Symptome: □□□□□□



Frage

9

Der Nachweis der SARS-CoV-2 Infektion erfolgte durch ...

Mehrfachauswahl

- ... einen PCR-Test.
- ... einen Antigen-Test.
- ... eine serologische Untersuchung (Antikörpertest).

Frage

10

Wann wurde der **PCR-Test** durchgeführt?

 Wenn unbekannt, bitte frei lassen.

Datum:

Frage

11

Ergebnis des **PCR-Tests**:

Einfachauswahl

- positiv
- negativ

Frage

12

Wann wurde der **Antigen-Test** durchgeführt?

 Wenn unbekannt, bitte frei lassen.

Datum:

Frage

13

Ergebnis des **Antigen-Tests**:

Einfachauswahl

- positiv
- negativ

Frage

14

Wann wurde die **serologische Untersuchung** durchgeführt?

Datum:

Frage

15

In welchem Labor wurde die **serologische Untersuchung** durchgeführt?

Labor:

Frage

16

Ergebnis der **serologischen Untersuchung (Antikörpertest)**:

Wert:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

17

Welche Symptome traten bei der akuten COVID19 Erkrankung auf?

Einfachauswahl

- Keine Symptome
- Milde Symptome
- Moderate Symptome (Klinikaufnahme)
- Schwere Symptome (Intensivstation)

Frage

18

Wahrscheinlicher Ansteckungsweg:

Einfachauswahl

- Unbekannt
- Familie/Haushalt
- Schule/Schulweg
- Kindergarten/Kinderkrippe
- Sport/Freizeit
- Anderer Ansteckungsweg

Frage

19

Welcher andere Ansteckungsweg?

Ansteckung vermutlich durch:

Hier wird die ID vergeben und die Einverständnis- und Aufklärungsunterlagen erscheinen zum Ausdrucken.

Bitte notieren Sie diesen Studiencode auf dem bei Ihnen verbleibenden Original der Einverständniserklärung.

Dieser Studiencode ist für alle weiteren Abfragen notwendig und wird sonst nirgends gespeichert oder hinterlegt!

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Klinischer Erhebungsbogen für Ärzte*innen

Bestätigung des Einverständnisses

Frage

20

Hiermit bestätige ich, dass ich die Patienten/Patienten-Eltern hinsichtlich der Studie ausreichend aufgeklärt habe und den schriftlichen Aufklärungsbogen verteilt habe. Ich bestätige, dass die Eltern und der Patient mit der Teilnahme an der Studie einverstanden sind und mir die unterschriebene Einverständniserklärung vorliegt.

Einfachauswahl

Ich stimme zu.

Fieber

Frage

21

Fieber (≥ 38.5 °C)?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

22

Wenn ja, wie lange insgesamt?

Einfachauswahl

24 Stunden

48 Stunden

72 Stunden

Länger als 72 Stunden

Nicht bekannt

Frage

23

Wenn ja, wurden Antipyretika gegeben?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

24

Wenn ja, welches Medikament und wie viele Gaben?

Medikament:

Anzahl der Gaben:

Frage

25

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Magen-Darm-Trakt

Frage

26

Bauchschmerzen?

Einfachauswahl

Nein


Ja

Frage

27

Wenn ja, wie stark?

- i** Bitte schieben Sie den Regler an den Punkt auf der Skala von 0-10, der die Bauchschmerzen am besten beschreibt. 0 bedeutet keine Schmerzen, 1 bedeutet kaum spürbare Schmerzen, 10 bedeutet die stärksten vorstellbaren Schmerzen.

 Schmerzskala (0-10):

Frage

28

Erbrechen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

29

Wenn ja, wie häufig?

Einfachauswahl

Einmal

Mehrfach (3-5 Mal)

Sehr häufig (mehr als 5 Mal)

Frage

30

Wenn ja, mit pathologischen Beimengungen?

Mehrfachauswahl

Nein

Ja, mit Schleim

Ja, mit Blut

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

31

Durchfall?

Einfachauswahl

- Nein
- Ja

Frage

32

Wenn ja, wie häufig?

Einfachauswahl

- Einmal
- Mehrfach (3-5 Mal)
- Sehr häufig (mehr als 5 Mal)

Frage

33

Wenn ja, mit pathologischen Beimengungen?

Mehrfachauswahl

- Nein
- Ja, mit Schleim
- Ja, mit Blut

Frage

34

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

Kreislauf

Frage

35

Puls?

Mehrfachauswahl

- Kräftig und regelmäßig
- Flach
- Unregelmäßig
- Nicht bekannt

Frage

36

Hautkolorit?

Mehrfachauswahl

- Rosig
- Blass
- Marmoriert
- Livide
- Zyanotisch
- Nicht bekannt

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

37

Akren warm?

Einfachauswahl

- Nein
- Ja
- Nicht bekannt

Frage

38

Rekapillarierungszeit?

Einfachauswahl

- < 2 Sekunden
- > 2 Sekunden
- Nicht bekannt

Frage

39

Urinproduktion?

Einfachauswahl

- Normal
- Weniger
- Fehlend
- Nicht bekannt

Frage

40

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: 

Herz

Frage

41

Herzfrequenz?

 Schläge pro Minute

Frage

42

Blutdruck?

Systolisch:  mmHg

Diastolisch:  mmHg

Frage

43

Herzgeräusch?

Einfachauswahl

- Nein
- Ja

Frage

44

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte kardiologische Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

 z. B. ein auffälliges EKG

Auffälligkeiten: 

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Haut

Frage

45

Exanthem?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

46

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

Pruritus

Schmerzen

Nicht bekannt

Frage

47

Wenn ja, Lokalisation?

Mehrfachauswahl

Gesicht

Stamm

Perineum

Arme

Beine

Hände

Füße

Bitte machen Sie eine Foto von dem Exanthem und speichern Sie es in der Patientenakte.

Frage

48

Ödeme?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

49

Wenn ja, Lokalisation?

Mehrfachauswahl

An den Händen

An den Füßen

Andere Lokalisation

Nicht bekannt

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

50

Hautblutungen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

51

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

Petechien

Flächige Einblutungen

Nicht bekannt

Frage

52

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation der Einblutungen:

Frage

53

Frostbeulen (Pernionen)?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

54

Wenn ja, wie viele?

Anzahl der Frostbeulen: 2

Frage

55

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation der Frostbeulen:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

56

Blasenbildung?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

57

Wenn ja, wie viele?

Anzahl der Blasen: 

Frage

58


Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation der Blasen: 

Frage

59

Wenn ja, welche Größe haben die Blasen?

Maximaler Durchmesser der Blasen:  mm

Frage

60

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: 

Schleimhaut/Lippen

Frage

61

Lippen auffällig?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

62

Wenn ja, wie?

Mehrfachauswahl

Lacklippen

Cracking lips

Rhagaden

Nicht bekannt

Frage

63

Erdbeerzunge?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Nicht bekannt

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

64

Enanthem?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

65

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation des Enanthems:

Frage

66

Konjunktivitis?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

67

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

Einseitig

Beidseits

Aussparung Limbus

Exsudat

Nicht bekannt

Frage

68

Wenn Exsudat:

Einfachauswahl

Exsudat serös

Exsudat eitrig

Nicht bekannt

Frage

69

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: _____

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Kopfschmerzen

Frage

70

Kopfschmerzen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

71

Wenn ja, wie stark?

- i** Bitte schieben Sie den Regler an den Punkt auf der Skala von 0-10, der die Kopfschmerzen am besten beschreibt. 0 bedeutet keine Schmerzen, 1 bedeutet kaum spürbare Schmerzen, 10 bedeutet die stärksten vorstellbaren Schmerzen.

 Schmerzskala (0-10):

Frage

72

Wenn ja, mit Nackensteifigkeit?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

73

Wenn ja, Lokalisation?


Lokalisation der Kopfschmerzen:



Frage

74

Wenn ja, wie lange?

Dauer der Kopfschmerzen:  Tage

Frage

75

Wenn ja, wurden Analgetika gegeben?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

76

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: 

APPROVAL COPY
For demonstration use only!



Schwindel/Gleichgewichtsstörungen

Frage

77

Schwindel/Gleichgewichtsstörungen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

78

Wenn ja, wie stark?

- i** Bitte schieben Sie den Regler an den Punkt auf der Skala von 0-10, der den Schwindel/ die Gleichgewichtsstörungen am besten beschreibt. 0 bedeutet keine/n Gleichgewichtsstörungen/Schwindel, 1 bedeutet kaum spürbare/n Gleichgewichtsstörungen/Schwindel, 10 bedeutet die/den stärksten vorstellbaren Gleichgewichtsstörungen/Schwindel.

 Stärke des Schwindels/ der Gleichgewichtsstörungen (Skala 1-10):

Frage

79

Wenn ja, in welcher Lage trat/tritt der Schwindel/ die Gleichgewichtsstörung auf?

Mehrfachauswahl

Im Stehen

Im Liegen

Im Sitzen

Frage

80

Wenn ja, Art des Schwindels/ der Gleichgewichtsstörung?

Einfachauswahl

Drehschwindel

Schwankschwindel

Nicht bekannt

Frage

81

Wenn ja, braucht er/sie Unterstützung beim Laufen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

82

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: 

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Sensibilitätsstörungen

Frage

83

Sensibilitätsstörungen?

Einfachauswahl

Nein


Ja

Frage

84

Wenn ja, wie stark sind die Sensibilitätsstörungen?

i Bitte schieben Sie den Regler an den Punkt auf der Skala von 0-10, der die Sensibilitätsstörungen am besten beschreibt. 0 bedeutet keine Sensibilitätsstörungen, 1 bedeutet kaum spürbare Sensibilitätsstörungen, 10 bedeutet die stärksten vorstellbaren Sensibilitätsstörungen.

 Stärke der Sensibilitätsstörungen (Skala 1-10):

Frage

85

Wenn ja, Art der Sensibilitätsstörung?

Mehrfachauswahl

Kribbelgefühl

Taubheitsgefühl

Andere

Frage

86

Wenn ja, Lokalisation der Sensibilitätsstörung?

Mehrfachauswahl

Arme

Beine

Kopf

Rumpf

Nicht bekannt

Frage

87

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten: 

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Atemwege

Frage

88

Atemfrequenz? (Anzahl pro Minute)

 pro Minute

Frage

89

Husten?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

90

Wenn ja, wie oft?

Einfachauswahl

Selten

Häufig

Frage

91

Wenn ja, welcher Art?

Mehrfachauswahl

Bellend

Produktiv

Krampfartig

Schmerzhaft

Nicht bekannt

Frage

92

Nebengeräusche bei Auskultation?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

93

Wenn ja, welche Nebengeräusche?

Mehrfachauswahl

Giemen

Brummen

Stridor inspiratorisch

Stridor expiratorisch

Nicht bekannt

Frage

94

Atemnot?

Einfachauswahl

Nein

Ja

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Frage

95

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

 z. B. eine auffällige Sauerstoffsättigung

Auffälligkeit:

Geruch/Geschmack

Frage

96

Geruchssinn?

Einfachauswahl

- Normal
- Gestört
- Fehlt
- Nicht bekannt

Frage

97

Geschmackssinn

Einfachauswahl

- Normal
- Gestört
- Fehlt
- Nicht bekannt

Frage

98

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Gelenke/Muskulatur

Frage

99

Arthralgien?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

100

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation:

Frage

101

Wenn ja, Anzahl der betroffenen Gelenke?

Anzahl der betroffenen Gelenke:

Frage

102

Arthritis?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

103

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation:

Frage

104

Wenn ja, Anzahl der betroffenen Gelenke?

Anzahl der betroffenen Gelenke:

Frage

105

Muskelschmerzen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

106

Wenn ja, Lokalisation?

Lokalisation:

Frage

107

Wenn ja, Anzahl betroffener Muskelgruppen?

Anzahl betroffener Muskelgruppen:

Frage

108

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Müdigkeit/Antrieb

Frage

109

Müdigkeit/Antriebslosigkeit?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

110

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

Er/sie ist ungewohnt meist müde

Er/sie spricht und bewegt sich langsamer als normalerweise

Nicht bekannt

Frage

111

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

Schlaf

Frage

112

Schlafprobleme?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

113

Wenn ja, welche Schlafprobleme?

Mehrfachauswahl

Er/sie hat Probleme beim Einschlafen

Er/sie hat Probleme beim Durchschlafen

Er/sie wird zu früh wach

Er/sie schläft zu wenig/ schläft tagsüber ein

Nicht bekannt

Frage

114

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Konzentration

Frage

121

Konzentrationsschwierigkeiten?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

122

Wenn ja, welcher Art?

Mehrfachauswahl

Er/sie kann sich (ungewohnt/plötzlich) nicht konzentrieren/nicht aufpassen

Er/sie hat keine Ausdauer bei geistiger Tätigkeit (Lernen)

Nicht bekannt

Frage

123

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

Denkstörungen

Frage

124

Denkstörungen?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

125

Wenn ja, welche?

Mehrfachauswahl

Er/sie wirkt zerfahren

Er/sie hat keine geordneten Gedankengänge

Er/sie hat Schwierigkeiten beim Sprechen

Nicht bekannt

Frage

126

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Irritabilität

Frage 127

Irritabilität?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

128

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

- Er/sie ist ungewöhnlich reizbar
- Er/sie ist ungewöhnlich mürrisch
- Er/sie ist ungewohnt schreckhaft
- Er/sie ist ungewohnt misstrauisch
- Nicht bekannt

Frage 129

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

Ängste

Frage 130

Ängste?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

131

Wenn ja, welcher Art?

Mehrfachauswahl

- Er/sie hat ungewohnt starke Angst vor bekannten Situationen (Schule, Trennung von den Eltern)
- Er/sie hat ungewohnt starke Angst vor Ansteckungen (Corona, Erkältungen)
- Nicht bekannt

Frage 132

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!



Niedergeschlagenheit/Traurigkeit

Frage

133

Niedergeschlagenheit/Traurigkeit?

Einfachauswahl

Nein

Ja

Frage

134

Wenn ja:

Mehrfachauswahl

Er/sie wirkt traurig/unglücklich/niedergeschlagen

Er/sie weint viel/ist freudlos

Nicht bekannt

Frage

135

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

Vorerkrankungen/chronische Erkrankungen

Frage

136

Vorerkrankungen/ chronische Erkrankungen?

	Nein	Ja
Adipositas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frage

137

Welche andere Erkrankung? (z. B. Trisomie 21 oder Rheuma)

Erkrankung:

Frage

138

Gibt es weitere bisher nicht erwähnte Auffälligkeiten, die Sie angeben möchten?

Auffälligkeiten:

APPROVAL COPY

For demonstration use only!

