

## Fragebogen zur Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Post-COVID

### 1. Datenschutz & Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der <b>Datenschutzerklärung</b> (siehe Online-Fragebogen) einverstanden.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, ich möchte meine Teilnahme hier beenden. (= > Ende der Befragung)
Hiermit bestätige ich, dass 1) ich <b>volljährig</b> bin UND 2) ich an <b>Post-COVID</b> erkrankt bin UND 3) ich in <b>Deutschland</b> lebe.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (= > Ende der Befragung)

### 2. Gesundheitsstatus

Bitte geben Sie an, welche allgemeinen Gesundheitsprobleme Sie bereits <b>VOR</b> der COVID-19-Infektion gehabt haben.  <i>Mehrere Antworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Herzprobleme <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Lungenprobleme <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Probleme <input type="checkbox"/> Nierenprobleme <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen (z.B. Thrombose/ Embolie) <input type="checkbox"/> Krebs	<input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Arthrose <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen <input type="checkbox"/> Rheuma/andere Autoimmunerkrankungen <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Andere: _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Keine der genannten Beschwerden
---	---	--

Sind Sie gegen COVID-19 <b>geimpft</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja, 1-2 Impfdosen <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 3 Impfdosen <input type="checkbox"/> Nein (= > weiter bei 3. Post-COVID)
Falls <b>eine</b> Impfung: Datum der <b>ersten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>zwei</b> Impfungen: Datum der <b>zweiten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>drei</b> Impfungen: Datum der <b>dritten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>vier</b> Impfungen: Datum der <b>vierten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>fünf</b> Impfungen: Datum der <b>fünften</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>sechs</b> Impfungen: Datum der <b>sechsten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Falls <b>sieben</b> Impfungen: Datum der <b>siebten</b> COVID-19-Impfung	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)

### 3. Post-COVID

Wann war Ihre COVID-19-Infektion, die eine <b>Post-COVID-Erkrankung ausgelöst</b> hat? <i>Hinweis: Wenn Sie mehr als eine COVID-19-Infektion hatten, geben Sie die an, die Ihre Post-COVID-Erkrankung auslöste.</i>	_____ (Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)
Wie wurde die COVID-19-Infektion <b>festgestellt</b> ?	<input type="checkbox"/> Schnelltest <input type="checkbox"/> Antikörperbestimmung <input type="checkbox"/> PCR-Test <input type="checkbox"/> Keine Diagnostik
<b>Was trifft auf Sie zu?</b> Meine Post-COVID-Symptome...	<input type="checkbox"/> bestanden nach der akuten COVID-19-Infektion (oder deren Behandlung) fort. <input type="checkbox"/> traten neu nach dem Ende der akuten Phase auf, sind aber die Folge der COVID-19-Infektion. <input type="checkbox"/> waren eine Verschlechterung einer vorbestehenden Erkrankung aufgrund der COVID-19-Infektion.
Welche Symptome hatten Sie <b>zu Beginn</b> der Post-COVID-Erkrankung?  <i>Mehrere Antworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Geschmacks-oder Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Sogenannte „Fatigue“ (chronische Erschöpfung, Müdigkeit) <input type="checkbox"/> Mangelnde körperliche Belastbarkeit (z.B. Kurzatmigkeit bei Belastung, volle Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht) <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Beschwerden im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich (z.B. Heiserkeit, Schmerzen oder Kratzen im Hals, laufende Nase) <input type="checkbox"/> Lungen- oder Atembeschwerden (z.B. Husten, pfeifende oder keuchende Atmung) <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden (z.B. Extrasystolen, Herzrasen, Brustschmerzen) <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen, Übelkeit) <input type="checkbox"/> Beschwerden oder Auffälligkeiten des Nervensystems oder Gedächtnis (z.B. Verwirrtheit, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörung, Zittern) <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden (z.B. Haarausfall, Ausschlag, Juckreiz) <input type="checkbox"/> Infektionszeichen (z.B. Schüttelfrost, Fieber, grippeartiges Gefühl) <input type="checkbox"/> Schlafstörungen (z.B. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Schlaf nicht erholsam) <input type="checkbox"/> Andere: _____
Welche Symptome haben Sie <b>aktuell</b> ?  <i>Mehrere Antworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Geschmacks-oder Geruchsstörungen <input type="checkbox"/> Sogenannte „Fatigue“ (chronische Erschöpfung, Müdigkeit) <input type="checkbox"/> Mangelnde körperliche Belastbarkeit (z.B. Kurzatmigkeit bei Belastung, volle Leistungsfähigkeit nicht wieder erreicht) <input type="checkbox"/> Gelenk- oder Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Beschwerden im Hals-, Nasen- oder Ohrenbereich (z.B. Heiserkeit, Schmerzen oder Kratzen im Hals, laufende Nase) <input type="checkbox"/> Lungen- oder Atembeschwerden (z.B. Husten, pfeifende oder keuchende Atmung) <input type="checkbox"/> Herzbeschwerden (z.B. Extrasystolen, Herzrasen, Brustschmerzen) <input type="checkbox"/> Magen-Darmbeschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Durchfall, Erbrechen, Übelkeit) <input type="checkbox"/> Beschwerden oder Auffälligkeiten des Nervensystems oder Gedächtnis (z.B. Verwirrtheit, Schwindel, Kopfschmerzen, Konzentrationsstörung, Zittern) <input type="checkbox"/> Hautbeschwerden (z.B. Haarausfall, Ausschlag, Juckreiz) <input type="checkbox"/> Infektionszeichen (z.B. Schüttelfrost, Fieber, grippeartiges Gefühl) <input type="checkbox"/> Schlafstörungen (z.B. Einschlaf- oder Durchschlafstörungen, Schlaf nicht erholsam) <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Keine Symptome mehr

<p>Wer war die erste <b>Anlaufstelle</b> mit Ihren Post-COVID-Symptomen?</p>	<input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Lungenfachärztin/Lungenfacharzt <input type="checkbox"/> Kardiologin/Kardiologe <input type="checkbox"/> Neurologin/Neurologe <input type="checkbox"/> Andere Fachärztin/anderer Facharzt <input type="checkbox"/> Heilpraktikerin/Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin/Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Andere: _____							
<p>Wer <b>diagnostizierte</b> die Post-COVID-Erkrankung</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="608 470 1054 528"> <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt             </td> <td data-bbox="1054 470 1495 846" rowspan="5"> <p><b>Wann</b> wurde bei Ihnen die Post-COVID-Erkrankung diagnostiziert?</p> <p>_____</p> <p>(Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 528 1054 586"> <input type="checkbox"/> Fachärztin/anderer Facharzt             </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 586 1054 645"> <input type="checkbox"/> Post-COVID-Zentrum             </td> </tr> <tr> <td data-bbox="608 645 1054 788"> <input type="checkbox"/> Andere: _____                  _____                  _____             </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="608 788 1495 846"> <input type="checkbox"/> Diagnose bislang noch nicht bestätigt             </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt	<p><b>Wann</b> wurde bei Ihnen die Post-COVID-Erkrankung diagnostiziert?</p> <p>_____</p> <p>(Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)</p>	<input type="checkbox"/> Fachärztin/anderer Facharzt	<input type="checkbox"/> Post-COVID-Zentrum	<input type="checkbox"/> Andere: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Diagnose bislang noch nicht bestätigt	
<input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt	<p><b>Wann</b> wurde bei Ihnen die Post-COVID-Erkrankung diagnostiziert?</p> <p>_____</p> <p>(Monat, Jahr, z.B. 09, 2022)</p>							
<input type="checkbox"/> Fachärztin/anderer Facharzt								
<input type="checkbox"/> Post-COVID-Zentrum								
<input type="checkbox"/> Andere: _____ _____ _____								
<input type="checkbox"/> Diagnose bislang noch nicht bestätigt								
<p>Hatten Sie selber den <b>Verdacht</b>, dass es sich bei Ihren Beschwerden um Post-COVID handeln könnte?</p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein							
<p>Mit welchen <b>Berufsgruppen</b> hatten Sie bislang aufgrund Ihrer Post-COVID-Erkrankung <b>Kontakt</b>?</p> <p><i>Mehrere Antworten möglich!</i></p>	<input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Lungenfachärztin/Lungenfacharzt <input type="checkbox"/> Kardiologin/Kardiologe <input type="checkbox"/> Neurologin/Neurologe <input type="checkbox"/> Andere Fachärztin/anderer Facharzt <input type="checkbox"/> Heilpraktikerin/Heilpraktiker <input type="checkbox"/> Physiotherapeutin/Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Psychotherapeutin/Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Kein Kontakt							
<p>Wer hat den Kontakt zum Hausarzt überwiegend <b>organisiert</b>?</p>	<input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Angehörige/Angehöriger <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Andere: _____							
<p>Wer hat den Kontakt zu den anderen Berufsgruppen überwiegend <b>organisiert</b>?</p>	<input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Angehörige/Angehöriger <input type="checkbox"/> Gesetzliche Betreuerin/gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Fachärztin/Facharzt <input type="checkbox"/> Andere: _____							

<p>Wie würden Sie Ihre <b>Einschränkungen</b> durch die Post-COVID-Erkrankung einschätzen?</p>	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> Vernachlässigbare Einschränkungen (z.B. Symptome, aber keine Einschränkung im Alltag) <input type="checkbox"/> Leichte Einschränkungen (z.B. Vermeidung oder Reduktion von Aufgaben oder Aktivitäten) <input type="checkbox"/> Mäßige Einschränkungen (z.B. können Aktivitäten oder Aufgaben im Alltag nicht mehr ausgeführt werden) <input type="checkbox"/> Schwere Einschränkungen (z.B. Angewiesen auf ständige Unterstützung im Alltag durch andere)
--	---

#### 4.1 Medizinische Versorgung – Allgemein

<p>Wie <b>häufig</b> hatten Sie schätzungsweise <b>ärztlichen Kontakt</b> aufgrund Ihrer Post-COVID-Erkrankung?</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> 1-2 Mal <input type="checkbox"/> 3-5 Mal <input type="checkbox"/> 6-10 Mal <input type="checkbox"/> 11-15 Mal <input type="checkbox"/> Mehr als 16 Mal
<p>Gab es <b>Überweisungen</b> zu ...? <i>Mehrere Antworten möglich!</i></p>	<p>Wie lange haben Sie jeweils auf einen Termin <b>gewartet</b>?</p>
<input type="checkbox"/> Fachärztinnen/Fachärzten	<input type="checkbox"/> 0-2 Wo. <input type="checkbox"/> 2-4 Wo. <input type="checkbox"/> 5 Wo.-3 Mon. <input type="checkbox"/> 4-6 Mon. <input type="checkbox"/> >6 Mon.
<input type="checkbox"/> Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	<input type="checkbox"/> 0-2 Wo. <input type="checkbox"/> 2-4 Wo. <input type="checkbox"/> 5 Wo.-3 Mon. <input type="checkbox"/> 4-6 Mon. <input type="checkbox"/> >6 Mon.
<input type="checkbox"/> Anderen: _____	<input type="checkbox"/> 0-2 Wo. <input type="checkbox"/> 2-4 Wo. <input type="checkbox"/> 5 Wo.-3 Mon. <input type="checkbox"/> 4-6 Mon. <input type="checkbox"/> >6 Mon.
<input type="checkbox"/> Physiotherapeutinnen/Physiotherapeuten	
<input type="checkbox"/> Nein	
<p>Haben sich Untersuchungen unnötigerweise in kurzen Abständen <b>wiederholt</b> (z.B. Ultraschall)? <i>Hinweis: Mit kurzen Abständen sind wenige Woche gemeint. Die Untersuchungen können auch von verschiedenen Behandlerinnen oder Behandlern durchgeführt worden sein.</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### 4.2 Post-Covid-Zentrum

<p>Wurden oder werden Sie in einem <b>Post-COVID-Zentrum</b> behandelt?</p>	<input type="checkbox"/> Ja, ich werde aktuell in einem Post-COVID-Zentrum behandelt <input type="checkbox"/> Ja, ich wurde in einem Post-COVID Zentrum behandelt <input type="checkbox"/> Nein
---	---

### 4.3 Reha

Sind Sie derzeit oder waren Sie bereits auf einer <b>Reha</b> zur <b>Behandlung Ihrer Post-COVID-Symptome</b> ?	
<input type="checkbox"/> Nein, bislang noch kein Thema gewesen <input type="checkbox"/> Nein, abgelehnt von der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja, ich befinde mich <b>aktuell</b> in einer Reha zur Behandlung meiner Post-COVID-Symptome	Weiter bei Frage <b>4.4 „Selbsthilfe“</b>
<input type="checkbox"/> Ja, ich <b>war bereits</b> auf einer Reha zur Behandlung meiner Post-COVID-Symptome	Wie <b>lange</b> liegt die Reha <b>zurück</b> ? <input type="checkbox"/> 0-2 Wo. <input type="checkbox"/> 2-4 Wo. <input type="checkbox"/> 5 Wo.- 3 Mon. <input type="checkbox"/> 4-6 Mon. <input type="checkbox"/> >6 Mon.
	Wie ging es Ihnen <b>nach</b> der Reha? <input type="checkbox"/> Besser <input type="checkbox"/> Unverändert <input type="checkbox"/> Schlechter <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wie lange haben Sie auf den Termin für die Reha <b>gewartet</b> ?	<input type="checkbox"/> 0-2 Wo. <input type="checkbox"/> 2-4 Wo. <input type="checkbox"/> 5 Wo.-3 Mon. <input type="checkbox"/> 4-6 Mon. <input type="checkbox"/> >6 Mon.
Was sind bzw. waren die <b>Inhalte</b> der Reha? <i>Mehrere Antworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Physiotherapie (z.B. Atemtherapie) <input type="checkbox"/> Sport- und Bewegungstherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie (z.B. Alltagstraining) <input type="checkbox"/> Konzentrations- und Gedächtnisübungen <input type="checkbox"/> Psychotherapie <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>Wie</b> findet bzw. fand die Reha statt?	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär
<b>Wer</b> hat die Reha initiiert?	<input type="checkbox"/> Ich selbst <input type="checkbox"/> Angehörige/ Bekannte <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Lungenfachärztin/Lungenfacharzt <input type="checkbox"/> Kardiologin/Kardiologe <input type="checkbox"/> Neurologin/Neurologe <input type="checkbox"/> Andere: _____

### 4.4 Selbsthilfe

Hatten Sie bereits Kontakt zu <b>Selbsthilfegruppen</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja, aber kein regelmäßiger Austausch <input type="checkbox"/> Ja, aktiv dabei <input type="checkbox"/> Nein
---	--

### 5.1 Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung

<i>Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Post-COVID-Erkrankung.</i>					
<b>Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?</b>	<b>Stimme gar nicht zu</b>	<b>Stimme eher nicht zu</b>	<b>Stimme eher zu</b>	<b>Stimme voll und ganz zu</b>	<b>Keine Angabe</b>
Ich bin mit meiner medizinischen Versorgung zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Austausch zwischen meinen behandelnden Ärztinnen und Ärzten (z.B. bei Diagnostik) ist gut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es werden Untersuchungen durchgeführt, ohne dass ich weiß, warum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlende ärztliche Unterstützung musste ich durch Eigeninitiative ausgleichen, z.B. durch Recherche über Symptome und Behandlungsoptionen im Internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit meinen Beschwerden fühlte ich mich alleingelassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mein Vertrauen in das deutsche Gesundheitssystem verloren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund fehlender Absprachen zwischen Ärztinnen und Ärzten werden Untersuchungen wiederholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-COVID bedeutet für mich eine hohe finanzielle Belastung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für meine Symptome muss ich mich gegenüber anderen rechtfertigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anstelle von Therapieangeboten weisen Ärztinnen und Ärzte auf die natürliche Selbstheilung hin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von Arzt zu Arzt verwiesen, ohne dass mir jemand wirklich helfen konnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meiner Post-COVID-Symptome schaffe ich es nicht, Arzttermine wahrzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst davor, erneut an COVID-19 zu erkranken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meiner Genesung sehe ich positiv entgegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe im Rahmen meiner Erkrankung Unterstützung durch mein Umfeld bekommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hinweis:** Sofern nicht anderweitig angegeben, bitte immer nur **eine** Antwortoption auswählen!

## 5.2 Zufriedenheit mit Hausärztin / Hausarzt

Hinweis: Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie im Rahmen ihrer Post-Covid-Erkrankung **Kontakt** zu einer **Hausärztin/** einem **Hausarzt** hatten. => Falls nicht: Weiter bei 5.3 „Zufriedenheit mit Fachärztin/ Facharzt“!

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Post-COVID-Erkrankung.					
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt hört mir aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt nimmt meine Beschwerden ernst.	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt hat ausreichend Wissen über die Diagnostik bei Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt hat ausreichend Wissen über die Behandlungsoptionen bei Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt hat mich in der Behandlung unterstützt (z.B. durch weiterführende Diagnostik, Überweisungen an Spezialisten oder Hilfestellungen zur Bewältigung der Beschwerden im Alltag).	<input type="checkbox"/>				
Meine Hausärztin/ mein Hausarzt ist bereit, sich mit Post-COVID auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>				

## 5.3 Zufriedenheit mit Fachärztin / Facharzt

Hinweis: Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie im Rahmen ihrer Post-Covid-Erkrankung **Kontakt** zu einer **Fachärztin/** einem **Facharzt** hatten. => Falls nicht: Weiter bei 6.1 „Kosten“

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Post-COVID-Erkrankung.					
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Meine Fachärztinnen/ Fachärzte hören mir aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>				
Meine Fachärztinnen/ Fachärzte nehmen meine Beschwerden ernst.	<input type="checkbox"/>				
Meine Fachärztinnen/ Fachärzte haben ausreichend Wissen über die Diagnostik bei Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Fachärztinnen/ Fachärzte haben ausreichend Wissen über die Behandlungsoptionen von Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Fachärztinnen/ Fachärzte sind bereit, sich mit Post-COVID auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>				

**Hinweis:** Sofern nicht anderweitig angegeben, bitte immer nur **eine** Antwortoption auswählen!

### 5.4 Zufriedenheit mit Heilpraktikerinnen / Heilpraktiker

Hinweis: Beantworten Sie die folgenden Fragen nur, wenn Sie im Rahmen ihrer Post-Covid-Erkrankung **Kontakt** zu einer **Heilpraktikerin/** einem **Heilpraktiker** hatten. => Falls nicht: Weiter bei 6.1 „Kosten“!

Folgende Fragen beziehen sich auf Ihre Post-COVID-Erkrankung.					
Wie sehr stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Meine Heilpraktikerin/ mein Heilpraktiker hört mir aufmerksam zu.	<input type="checkbox"/>				
Meine Heilpraktikerin/ mein Heilpraktiker nimmt meine Beschwerden ernst.	<input type="checkbox"/>				
Meine Heilpraktikerin/ mein Heilpraktiker hat ausreichend Wissen über die Diagnostik bei Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Heilpraktikerin/ mein Heilpraktiker hat ausreichend Wissen über die Behandlungsoptionen von Post-COVID.	<input type="checkbox"/>				
Meine Heilpraktikerin/ mein Heilpraktiker ist bereit, sich mit Post-COVID auseinander zu setzen.	<input type="checkbox"/>				

### 6.1 Kosten

Haben Sie für <b>Diagnostik oder Behandlungen</b> Ihrer Post-COVID-Erkrankung Kosten <b>selbst</b> (ohne Erstattung durch die Krankenkasse) getragen (z.B. für Blutuntersuchungen)?		
<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Keine Angabe	<i>Falls „Nein“ oder „Keine Angabe“: Weiter bei Frage 6.2 „Bereitschaft zur Kostenübernahme“</i>	
<input type="checkbox"/> Ja	In welcher Höhe haben Sie schätzungsweise Kosten für medizinische <b>Diagnostik</b> selbst getragen? <i>Hinweis: Wenn Sie keine Kosten hatten, wählen Sie 0€.</i>	<input type="checkbox"/> 0€ (Falls „0€“: Nächste Frage überspringen) <input type="checkbox"/> 1-50€ <input type="checkbox"/> 51-100€ <input type="checkbox"/> 101-500€ <input type="checkbox"/> mehr als 500€
	<b>Welche Diagnostik</b> haben Sie <b>privat</b> gezahlt? <i>Mehrere Antworten möglich!</i>	<input type="checkbox"/> Antikörperbestimmung <input type="checkbox"/> Bestimmung Vitaminspiegel (z.B. Vitamin D oder B) <input type="checkbox"/> Bestimmung Spurenelemente (z.B. Eisen) <input type="checkbox"/> Andere Blutuntersuchung <input type="checkbox"/> Hauptbiopsie <input type="checkbox"/> Andere: _____
	In welcher Höhe haben Sie schätzungsweise Kosten für medizinische <b>Behandlungen</b> selbst getragen? <i>Hinweis: Wenn Sie keine Kosten hatten, wählen Sie 0€</i>	<input type="checkbox"/> 0€ (Falls „0€“: Nächste Frage überspringen) <input type="checkbox"/> 1-50€ <input type="checkbox"/> 51-100€ <input type="checkbox"/> 101-500€ <input type="checkbox"/> mehr als 500€

	<p>Welche <b>Behandlungen</b> haben Sie <b>privat</b> gezahlt?</p> <p><i>Mehrere Antworten möglich!</i></p>	<input type="checkbox"/> Kryotherapie (Kältetherapie) <input type="checkbox"/> Akupunktur <input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungsmittel <input type="checkbox"/> Osteopathie <input type="checkbox"/> Entspannungstechniken <input type="checkbox"/> Tai'Chi oder Qigong <input type="checkbox"/> Biofeedback <input type="checkbox"/> Massage (Krankengymnastik, Physiotherapie) <input type="checkbox"/> Vibrationstraining <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Atemtherapie <input type="checkbox"/> Blutwäsche/Blutreinigung (z.B. Lipidapherese) <input type="checkbox"/> Überdruckkammer <input type="checkbox"/> Entgiftung <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Andere: _____
--	---	---

### 6.2 Bereitschaft zur Kostenübernahme

Wie sehr trifft folgende Aussage zu?	Stimme gar nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe
Je länger meine Post-COVID-Symptome andauern, desto mehr bin ich <b>bereit</b> , Kosten privat zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>				

### 7. Teilnahme an Studien

<b>Haben Sie an Studien zu Post-COVID teilgenommen?</b>			
<i>Hinweis: Studien können Sie von der Regelversorgung unterscheiden, da Sie z.B. eine Einverständniserklärung unterschreiben mussten.</i>			
<input type="checkbox"/> Nein	Falls „ <b>Nein</b> “: Weiter bei Frage 8. „ <b>Soziodemographische Daten</b> “		
<input type="checkbox"/> Ja	<p>Wie sind Sie auf die Studie/n <b>aufmerksam</b> geworden?</p> <p><i>Mehrere Antworten möglich!</i></p>	<input type="checkbox"/> Eigene Recherche <input type="checkbox"/> Hausärztin/Hausarzt <input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt <input type="checkbox"/> Psychotherapeutin/ Psychotherapeut <input type="checkbox"/> Andere: _____	<input type="checkbox"/> Post-COVID-Zentrum <input type="checkbox"/> Social Media <input type="checkbox"/> Bekanntenkreis

### 8.1 Angaben zu Ihrer Person

Bitte geben Sie Ihr <b>Alter</b> an: _____	Bitte geben Sie Ihr <b>Geschlecht</b> an: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers
--	---

In welchem <b>Bundesland</b> wohnen Sie?	<input type="checkbox"/> Baden-Württemberg <input type="checkbox"/> Bayern <input type="checkbox"/> Berlin <input type="checkbox"/> Brandenburg <input type="checkbox"/> Bremen <input type="checkbox"/> Hamburg <input type="checkbox"/> Hessen <input type="checkbox"/> Mecklenburg-Vorpommern	<input type="checkbox"/> Niedersachsen <input type="checkbox"/> Nordrhein-Westfalen <input type="checkbox"/> Rheinland-Pfalz <input type="checkbox"/> Saarland <input type="checkbox"/> Sachsen <input type="checkbox"/> Sachsen-Anhalt <input type="checkbox"/> Schleswig-Holstein <input type="checkbox"/> Thüringen
Wie sind Sie <b>versichert</b> ?	<input type="checkbox"/> privat versichert	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert
Bitte wählen Sie den höchsten <b>Bildungsabschluss</b> , den Sie bisher erreicht haben.	<input type="checkbox"/> Kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> (Fach-)Abitur <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Welche <b>Erwerbssituation</b> traf <b>vor</b> der COVID-Erkrankung auf Sie am besten zu?  <i>Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.</i>	<input type="checkbox"/> Angestellt in Vollzeit <input type="checkbox"/> Angestellt in Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig in Vollzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig in Teilzeit <input type="checkbox"/> Bezug von Krankengeld	<input type="checkbox"/> In Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Rente <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Gab es seit der Post-COVID-Erkrankung eine <b>Veränderung</b> in Ihrer Erwerbssituation?	<input type="checkbox"/> Ja, unabhängig von der Erkrankung <input type="checkbox"/> Ja, aufgrund der Erkrankung <input type="checkbox"/> Nein ( <i>Falls „Nein“: Weiter bei 8.2 „Einkommen“</i> )	
Falls „Ja“: Welche <b>Erwerbssituation</b> trifft <b>aktuell</b> auf Sie am besten zu?  <i>Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.</i>	<input type="checkbox"/> Angestellt in Vollzeit <input type="checkbox"/> Angestellt in Teilzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig in Vollzeit <input type="checkbox"/> Selbstständig in Teilzeit <input type="checkbox"/> Bezug von Krankengeld	<input type="checkbox"/> In Ausbildung/Studium <input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> In Rente <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Wie hoch liegt Ihr <b>monatliches Nettoeinkommen</b> (= nach Abzug von Steuern) im Haushalt?	<input type="checkbox"/> Weniger als 1000€ <input type="checkbox"/> 1001-2000 € <input type="checkbox"/> 2001 – 2500€ <input type="checkbox"/> 2501 – 3000€	<input type="checkbox"/> 3001 – 4000€ <input type="checkbox"/> 4001-7000€ <input type="checkbox"/> Mehr als 7000€ <input type="checkbox"/> Keine Angabe
Haben oder hatten Sie aufgrund Ihrer Post-COVID-Erkrankung einen <b>finanziellen Ausfall</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja, derzeit <input type="checkbox"/> Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> Nein	
Wie hoch ist oder war der <b>durchschnittliche monatliche finanzielle Ausfall</b> ? <i>Hinweis: Hiermit ist zum Beispiel ein geringeres Einkommen durch Krankengeld gemeint.</i>	<hr/> <hr/>	

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**