

Datum der Infektionsanamnese:.....



Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Ja

1.	Symptome in Schüben mit symptomfreien Intervallen in unterschiedlicher Länge	Red	
2.	Erschöpfung, Leistungsverlust, fehlende Ausdauer/Kondition	Red	
3.	Gelenkschmerz/-schwellung Arme/Hände/Finger	Pink	
4.	Gelenkschmerz/-schwellung Beine/Füße	Yellow	
5.	Rücken- und Schulterschmerzen	Light Green	
6.	Kopf- und Nackenschmerzen mit Steifigkeit	Blue	
7.	Brennen, stechen, kribbeln an unterschiedlichen Körperstellen	Blue	
8.	Sehstörungen, Schleier/Schlierensehen, entzündliche Augenveränderungen	Green	
9.	Hörstörungen, Pfeifen oder Rauschen oder Brummen, Tinnitus	Bright Green	
10.	Taubheitsgefühle / Lähmungserscheinungen	Light Green	
11.	situationsunangemessenes Frieren oder Schwitzen, verändertes Temperaturempfinden	Yellow	
12.	Gang und Greifunsicherheit	Red	
13.	Störungen der Feinmotorik/Koordinationsstörungen	Red	
14.	Nächtliches Schwitzen	Light Green	
15.	Nächtlicher Harndrang	Yellow	
16.	Muskelerkaterähnliche Gefühle ohne vorherige Belastung	Light Green	
17.	Blasen- und sexuelle Funktionsstörung	Blue	
18.	Schlafstörungen (zu viel bzw. zu wenig) (schlechtes Ein- und Durchschlafen)	Blue	
19.	Schwindel	Green	
20.	Konzentrations-, Denk-, Wahrnehmungs- oder Orientierungsstörung	Red	
21.	Wortfindungsstörung	Pink	
22.	Nebel im Kopf / demenzähnliche Symptome	Yellow	
23.	psychiatrische Symptome	Light Green	
24.	Kurzatmigkeit und Atemnot bei nur geringer Belastung	Blue	
25.	Atemwegsinfekte	Blue	
26.	Herz-Kreislaufsymptome z.B. Blutdrucksteigerungen, Herzrhythmusstörungen, Herzklopfen	Green	
27.	Magen/Darmsymptome	Bright Green	
28.	Plötzliche Gewichtsveränderungen Zu-/Abnahme ohne Änderung der Ernährung	Light Green	
29.	Hautsymptome - Juckreiz, Veränderungen etc.	Red	
30.	Haarausfall	Red	