



Datum \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

**1. Persönliche Daten**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Email \_\_\_\_\_  
 Krankenversicherung \_\_\_\_\_  Privat

**Zuweisende Arztpraxis**  
 verpflichtende Angabe für Rückfragen etc.

Arzt  
 Adresse  
 Telefon  
 Fax  
 Email:

**2. Indikation**

Syndrom	Diagnosesicherheit		Ursache		
	Sichere Diagnose	Verdacht	SARS-CoV-2 Infektion	Andere Infektion	Nach Impfung
<input type="radio"/> LongCOVID Syndrom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> ME/CFS*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*Myalgische Enzephalitis/Chronic Fatigue Syndrom

**3. Aktuelle Beschwerden**

- Atemnot
- Herzrasen / Brustschmerzen
- Geruchs- /Geschmacksstörungen
- Schlafstörungen
- Erschöpfungssyndrom
- Depressive Stimmungslage
- Konzentrationsstörungen/Gedächtnisstörungen
- Andere: \_\_\_\_\_

**4. Vorerkrankungen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**5. Medikamente**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**6. Weitere therapeutische Maßnahmen**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Erforderlich:**

1. Relevante Untersuchungs-/Laborbefunde, Arztbriefe
2. Röntgen- / CT - /MRT-Bilder
3. Entlassungsberichte / Rehabilitationsberichte
4. Überweisungsschein und Versichertenkarte

**Anmeldebogen und Vorfunde in Kopie an:**

Medizinische Hochschule Hannover  
 ZSE Post-COVID, OE 5130  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover

oder

Universitätsmedizin Göttingen  
 Zentrale Notaufnahme  
 Long-/Post COVID Ambulanz  
 Robert-Koch Str. 40  
 37075 Göttingen