

- 11. An Corona erkrankt:** nein - bitte weiter mit 15.
 ja - bitte beschreiben Sie Ihr Beschwerdebild

Symptom	Nein	Ja	Schweregrad		
			leicht	mittel	schwer
Plötzlicher Krankheitsbeginn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Akute Luftnot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In Ruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Belastung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gliederschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halsschmerzen/-kratzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnupfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durchfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geschmacks-/Geruchsverlust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Krankenhausaufenthalt: War bei Ihnen aufgrund der Erkrankung ein Krankenhausaufenthalt erforderlich? ja nein

13. Beatmung: War bei Ihnen eine atemunterstützende Behandlung/Beatmung erforderlich? ja nein

14. Maßnahmen: Haben Sie nach der Diagnose der Coronaerkrankung zusätzliche Maßnahmen angewendet (Bitte alle Maßnahmen ankreuzen)

Allgemeine Maßnahme	Apitherapie	Sonstiges
<input type="checkbox"/> Abstände eingehalten	<input type="checkbox"/> Propolistinktur	<input type="checkbox"/> Homöopathie
<input type="checkbox"/> Mundschutz getragen	<input type="checkbox"/> Propolisverdampfer	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Sport/Gymnastik	<input type="checkbox"/> Bienengift	
<input type="checkbox"/> Ernährung angepasst	<input type="checkbox"/> Gelée royale	<input type="checkbox"/> Sonstige _____ (bitte nennen)
<input type="checkbox"/> Vitamin C	<input type="checkbox"/> Pollen	
<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Honig, ggf. Sorte nennen	

15. Wie wurde die Krankheit gesichert: (Methode des Tests der erkrankten Personen ankreuzen, bzw. die bei der infizierten Kontaktperson)

<input type="checkbox"/> Coronatest (Nasenabstrich)	<input type="checkbox"/> Coronaschnelltest (Nasenabstrich)
<input type="checkbox"/> Coronaantikörpertest (Bluttest)	<input type="checkbox"/> Coronaantigentest
<input type="checkbox"/> Anhand der Beschwerden	<input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte nennen

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Nur so ist eine Auswertung auch gut möglich. Senden Sie dann Ihre Antworten anonym an:

Post: Prof. Dr. Karsten Münstedt, Ebertplatz 12, 77654 Offenburg

E-Mail: karsten.muenstedt@web.de

FAX: 0781 472 – 3502