

Name: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Wenn Sie an einer Behandlung mittels HELP-Apherese und/oder Immunadsorption interessiert sind, ist es notwendig vorab folgende Fragen zu beantworten:

1. Was liegt bei Ihnen vor:

- Long-COVID-Syndrom,
- Post-VAC-Syndrom,
- ME/CFS
- Sonstiges: _____

2. Wann begannen die Symptome?

3. In welchem zeitlichen Zusammenhang stehen diese zu Infektion oder Impfung?

4. Welche Beschwerden haben Sie aktuell?

5. Ist eine entsprechende Diagnostik erfolgt?

- Ja, beim Allgemeinarzt
 beim Kardiologen
 beim Pneumologen
 beim Neurologen
 in der Long-COVID-Ambulanz
 im Labor
 bei der Bestimmung von Autoantikörpern
- nein

6. Wenn Frage 5 mit „Ja“ beantwortet wurde, schicken Sie uns bitte Ihre Befunde zu.

7. Welche Vorerkrankungen liegen bei Ihnen vor?

8. Welche Medikamente nehmen Sie?

9. Sind Ihre Venen für die notwendige Punktion der Apherese-Behandlung geeignet?

- Ja
 nein
 ich weiß nicht

-> Bei Nichtwissen, lassen Sie bitte die Venen z. B. bei Ihrem Hausarzt oder beim Blutspendendienst prüfen.

Ich bestätige die wahrheitsgetreue Angabe der Daten.

Ort, Datum

Unterschrift