



Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

Initialen für anonymisierte Auswertung _____

Mail-Anschrift _____

Fühlen Sie den Fragebogen allein, ohne Hilfe aus? ja nein

wenn nein, wer hilft Ihnen beim Ausfüllen?: _____
Name (Nachname, Vorname, Titel) des Helfenden | Stempel der Einrichtung

Welche Risikofaktoren haben Sie? (Vorerkrankungen)? nein ja

wenn ja, bitte die Erkrankung ankreuzen | Mehrfachauswahl möglich!

Diabetes mellitus	ja <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	chronische Allergie	ja <input type="checkbox"/>
Herzkrankheit	ja <input type="checkbox"/>	Nierenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>	Darmerkrankung	ja <input type="checkbox"/>
Asthma	ja <input type="checkbox"/>	Krebs (Karzinom)	ja <input type="checkbox"/>	Rheuma	ja <input type="checkbox"/>
COPD	ja <input type="checkbox"/>	Blutarmut (Anämie)	ja <input type="checkbox"/>	Magenerkrankung	ja <input type="checkbox"/>
Übergewicht	ja <input type="checkbox"/>	Leberleiden	ja <input type="checkbox"/>	Andere Erkrankung	ja <input type="checkbox"/>

wenn andere Erkrankungen, dann bitte hier eintragen _____

Haben Sie eine Covid-19 Impfung erhalten? nein ja wenn ja, dann eintragen

Anzahl der bisherigen Impfungen

Erstimpfung

Name des Impfstoffes _____ | Chargennummer: _____

Datum der Impfung: TT/MM/JJJJ

Zweitimpfung

Name des Impfstoffes _____ | Chargennummer: _____

Datum der Impfung: TT/MM/JJJJ

Drittimpfung

Name des Impfstoffes _____ | Chargennummer: _____

Datum der Impfung: TT/MM/JJJJ

Waren Sie seit 2020 an Covid-19 erkrankt? nein ja

wenn ja, können Sie sich an das ungefähre Datum erinnern?

Tag: TT Monat: MM Jahr: JJJJ





Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

Initialen für anonymisierte Auswertung

Mail-Anschrift

Hatten Sie Symptome bzw. Krankheitszeichen? nein ja

wenn ja welche? | Mehrfache Ankreuzungen möglich

Schnupfen	ja <input type="checkbox"/>	Geschmacksverlust	ja <input type="checkbox"/>	Halsschmerzen	ja <input type="checkbox"/>
Husten (trocken)	ja <input type="checkbox"/>	Fieber (>38°C)	ja <input type="checkbox"/>	Verlust Geruchssinn	ja <input type="checkbox"/>
Atemnot/Kurzatmigkeit	ja <input type="checkbox"/>	Müdigkeit	ja <input type="checkbox"/>	Hautausschlag	ja <input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	Durchfall	ja <input type="checkbox"/>	Verfärbung Zehen/Finger	ja <input type="checkbox"/>
Gliederschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	Bindehautentzündung	ja <input type="checkbox"/>	andere Symptome?	ja <input type="checkbox"/>

Platz, um weitere Symptome einzutragen, die Sie als ungewöhnlich gegenüber Ihrem sonstigen Befinden beobachtet haben und gern mitteilen wollen (Bitte in Stichpunkten angeben, durch Kommata getrennt)

Wurden Sie im Krankenhaus behandelt? nein ja

wenn ja, wurden Sie auf der Intensivstation behandelt? nein ja

wenn ja, wurden Sie künstlich beatmet? nein ja

Wie wurde die Diagnose erhoben? nur als Verdacht durch Covid-19 Schnelltest durch PCR-Test

Wo wurde Antigen Testmaterial entnommen? Rachenabstrich Nasenabstrich
Lolly-Test Spucktest

War der Antigentest positiv? nein ja

Mussten Sie in Quarantäne? nein ja wenn ja, bitte Anzahl der Tage eintragen

Zahl eintragen

War die Quarantäne freiwillig? nein ja

Waren Sie mehrfach in Quarantäne? nein ja

wenn ja, wie viele Tage waren Sie insgesamt in Quarantäne? Anzahl der Tage bitte eintragen

Zahl eintragen





Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

Initialen für
anonymisierte Auswertung

Welche Arten von Antikörpertests wurden bei Ihnen durchgeführt? Wenn mehrere Tests durchgeführt wurden, bitte im eigenen Interesse alle Test eingeben, da die Tests zu unterschiedlich langen Anerkennungen von Immunität führen können

Mehrfaches Ankreuzen möglich und Laborbogen bitte mitschicken!

Corona-IgG-Blot (Kreuzreaktionstest)

Datum der Messung Name des Testes _____

Wie war das Ergebnis des Antikörper Schnelltests? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

Antikörper (AK)- Schnell-Test

Datum der Messung Name des Testes _____

Wie war das Ergebnis des Antikörper Schnelltests? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

Neutralisierender Antikörper Schnelltest (nAb)

Datum der Messung Name des Testes _____

Wie war das Ergebnis des Antikörper Schnelltests? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

IgG (S1 - Spikeprotein 1)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der IgG (S1) Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____





Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

IgG (S2 - Spikeprotein 2)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der IgG (S2) Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

IgG (Nc - Nucleocapsid)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der IgG (Nc) Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

IgM (S1 - Spikeprotein 1)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der IgM (S1) Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

IgA (S1 - Spikeprotein 1)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der IgGA (S1) Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____





Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

sVNT (Surrogat Neutralisationstest)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis des sVNT Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

LTT-SARS-CoV-2-Peptide (T-Lymphozyten Memory | Gedächtnis Test)

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der LTT-SARS-CoV-2 Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

Wurde noch ein weiterer, nicht genannter Test durchgeführt?

Name des Antikörper/ Immun-Testes: _____

Datum der Messung _____ Ergebnis (Zahl eintragen) _____

Referenzwert | Normalwert: Untergrenze _____ Obergrenze _____ Einheit _____

Wie war das Ergebnis der LTT-SARS-CoV-2 Testung? positiv negativ

Von wem wurde der Test bezahlt? privat von der Krankenkasse

Wenn von der Krankenkasse, wie ist der Name Ihrer Krankenkasse: _____

Angaben aus Ihrem Labor Datenblatt

Was ist die Auftragsnummer von Ihrem Laborbefund? _____

Datum der Blutentnahme _____

Name des untersuchenden Labores: _____

Bitte fügen Sie Ihren Laborbefund als Scan oder Fotografie diesem Fragebogen bei

Sie autorisieren uns, die Korrektheit Ihres Laborbefundes zu überprüfen





Fragebogen

Immunitätserhebung Covid-19

Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)

Geschlecht: weiblich männlich divers

PLZ Wohnort

Land

Initialen

Mail Anschrift

Sind Sie berufstätig | Schule | Studium | Ausbildung?: ja nein

In welchem Beruf sind Sie tätig? _____

Tragen Sie hier etwas ein, wenn Sie uns noch etwas mitteilen möchten:

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

BITTE UM AUSSTELLUNG EINER IMMUNITÄTSBESCHEINIGUNG

Name Vorname Titel

PLZ | Postcode Stadt Straße Hausnummer Land

Personalausweis- Nr. und/ oder Pass - Nr.

Datum

Unterschrift

Hinweis: Sie sind unsicher, wie der Bogen auszufüllen ist? Es wurden bei Ihnen mehr Werte (als hier abgefragt) erhoben? Schicken Sie alle Laborbogen an uns.

Füllen Sie bitte den Bogen in Druckbuchstaben aus und schicken Sie es an diese Mail Anschrift

edl.buergerinitiative@gmail.com

