**Dokumentationsbogen zur Qualitätssicherung**

*Bitte im PDF-Format im Portal* [*https://www.dzvhae.de/cov-19/*](https://www.dzvhae.de/cov-19/) *hochladen*

**Aufbau: Erster Teil: Erstkonsultation - Zweiter Teil: Begründung der Mittelwahl - Dritter Teil: Therapie und Verlauf**

Postleitzahl (*nur die zwei ersten Ziffern*):

Alter:    Jahre Geschlecht: [ ]  m [ ]  w [ ]  d

SARS-CoV-2 **PCR** positiv am:

Alternativ: SARS-CoV-2 **Serokonversion**: AK negativ am:      , AK positiv am:

**und** typische Symptome: [ ]  u/o SARS-CoV-2-positive Kontaktpersonen: [ ]

|  |
| --- |
| **1. Anamnese zu Beginn der Behandlung** |
| Dokumentation **sämtlicher** **Symptome incl. Modalitäten** und des Allgemein- und Gemütszustandes vor Beginn der homöopathischen Behandlung. |
| Beginn der Symptome:       Beginn der homöopathischen Behandlung:      Cave: Möglichst täglicher Kontakt wegen Gefahr plötzlicher, rapider Verschlechterung während der ersten 10 Tage |
| **Freitext** ggf. Copy&Paste aus Ihrer elekt. Patientenakte |
|                *Anonymisierte Radiologische Befunde, Labor etc. nach Mögl. beilegen* |
| **Objektive Befunde** zu Beginn der Erkrankung  |
| RR:    /    mmHG Herzfrequenz:     /min Atemfrequenz:     /min Sättigung:    %Temp.:      °C Auffällige Laborparameter:       |

**Vorerkrankungen:**

Herzkreislauferkrankung [ ]  Diabetes [ ]

Erkrankung des Atmungssystems [ ]  der Leber [ ]  der Niere [ ]

Krebserkrankung [ ]  Immunschwäche/-suppression [ ]

Adipositas [ ]  Nikotinabusus [ ]

Weitere:

**Vormedikation:**

Plötzlicher Beginn (innerhalb von Stunden): [ ]

Rapide Verschlechterung ca. eine Woche nach Krankheitsbeginn: [ ]

|  |
| --- |
| **2. Therapie und Verlauf** |
| **Veränderungen** der einzelnen Symptome, des Allgemein- und Gemütszustandes **nachvollziehbar** mit Zeitangaben.***Begleittherapien******angeben,*** *z.B. NSAR, Phytotherapeutika, Infusionen, O2-Gabe, etc.****!*** |
| **Beispiel:** Kopfschmerz nach 1 h kurzzeitig <, danach >>, zuversichtlicherAm nächsten Morgen: Kopfschmerz weg, Husten > löst sich, kein Erbrechen mehr, AZ >>, fieberfrei, Appetit kehrt wieder |
| **Datum****Uhrzeit** | **Arznei****Potenz**(Einnahmemodus) | **Verlauf** (Datum und Zeitangaben) Follow up mind. an Tag 1 und Tag 3 nach Arzneigabe erbeten | **Arznei-wirkung\*** |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |
|            |  |            |              |

**\* Bitte geben Sie in dieser Spalte für jede homöopathische Arzneigabe an, wie Sie die Wirkung einschätzen:**

+4 Geheilt, Zustand wie vorher -4 Desaströse Verschlechterung

+3 Deutliche Besserung -3 Deutliche Verschlechterung

+2 Besserung, mit Auswirkung auf das tägliche Leben -2 Verschlecht., mit Auswirkung auf das tägl. Leben

+1 Leichte Besserung, ohne Auswirkung auf das tägliche Leben -1 Leichte Verschl.., ohne Ausw. auf das tägl. Leben

 0 Keine Veränderung, nicht beurteilbar

Stationär:       Tage Intensivstation:       Tage Beatmet:       Tage

Ende der Erkrankung:

Gesundheit wiederhergestellt: [ ]  verstorben: [ ]

Persistierende Symptome und gesundheitliche Störungen (Freitext):

Bei einer Restsymptomatik nach Möglichkeit den weiteren Verlauf dokumentieren.

|  |
| --- |
| **3. Begründung der Arzneiwahl/Repertorisation\*** |
| **Mittel** | Bitte teilen Sie uns hier für jede Arznei mit, welche Überlegungen Sie zur Wahl der Arznei veranlasst haben. |

|  |  |
| --- | --- |
|                           |                           |

\* Einfügen der Repertorisation:

Repertorisation per Screenshot aufnehmen (Strg+Druck bzw. CTRL+Print), in die Spalte hineinkopieren (Strg + V bzw. CTRL + V), ggf. verkleinern durch Anfassen des Eckpunktes mit dem Cursor.