**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 >>, zuversichtlicher  Am 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.