

Dokumentationsbogen zur Qualitätssicherung

Bitte im PDF-Format im Portal <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:

Herz-Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>		
Erkrankung des Atmungssystems	<input type="checkbox"/>	der Leber	<input type="checkbox"/>	der Niere	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	Immunschwäche/-suppression	<input type="checkbox"/>		
Adipositas	<input type="checkbox"/>	Nikotinabusus	<input type="checkbox"/>		

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.