

Datenerhebung COVID-PraxImmun

I Arbeitsplatzbezogene Faktoren (einmalig vom Praxisinhaber auszufüllen):

1) Praxisform

- Einzelpraxis
- Einzelpraxis mit angestellten Ärzten
- Gemeinschaftspraxis
- Praxisgemeinschaft
- MVZ
- andere _____

2) Anzahl KV-Sitze

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5 und mehr

3) Anzahl ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter

||| Ärzte/Psychotherapeuten
||| nicht-ärztliche Mitarbeiter

4) Praxislage (nach Einwohnergröße)

- < 5.000 Einwohner
- 5.000 - 19.999 Einwohner
- 20.000 - 100.000 Einwohner
- > 100.000 Einwohner

5) Scheine pro Quartal

||||| (geschätzt)

6) Durchführung von Haus- und Heimbisuchen im Zeitraum 01.03.-31.05. durch die Praxis:

||| Hausbesuche/Woche, davon ||| mit V.a. COVID-19-Infektion

||| Heimbisuche/Woche, davon ||| mit V.a. COVID-19-Infektion

7) Trennung zwischen potenziell infektiösen und nicht-infektiösen Patienten erfolgt?

- keine Trennung erfolgt
- räumliche oder zeitliche Trennung erfolgt

Falls Trennung erfolgt:

- Seit wann |||.|||.||| (Datum)
- Wie erfolgte die Trennung?
 - Screening vor Betreten der Praxisräume
 - Screening innerhalb der Praxisräume
 - räumliche Trennung (separate Eingänge, separate Behandlungszimmer)
 - zeitliche Trennung (z.B. Einbestellen der Infektpatienten am Ende der Sprechstunde)
 - Trennung durch Absprachen/Einteilung mit Kollegen/anderen Praxen erfolgt

8) Anzahl der behandelten Patienten mit nachgewiesener COVID-19-Infektion

||| Patienten mit nachgewiesener Infektion

- davon wurden ||| Patienten im Stadium der aktiven Infektion behandelt
- davon wurden ||| bereits genesene Patienten behandelt

9) In welchem Rahmen wurde folgende Schutzkleidung in ihrer Praxis eingesetzt?

- Mund-Nase-Masken: bei allen Patienten, nur bei Verdachtsfällen, nie
 - falls eingesetzt: getragen von ärztl. Personal, getragen vom nicht-ärztlichen Personal, getragen von allen mit unmittelbarem Patientenkontakt, Verfügbarkeit eingeschränkt, eingesetzt seit ||| Wochen

- FFP2/3-Maske: bei allen Patienten, nur bei Verdachtsfällen, nie
 - falls eingesetzt: getragen von ärztl. Personal, getragen vom nicht-ärztlichen Personal, getragen von allen mit unmittelbarem Patientenkontakt, Verfügbarkeit eingeschränkt, eingesetzt seit |_|_| Wochen
- Schild/Visier: bei allen Patienten, nur bei Verdachtsfällen, nie
 - falls eingesetzt: getragen von ärztl. Personal, getragen vom nicht-ärztlichen Personal, getragen von allen mit unmittelbarem Patientenkontakt, Verfügbarkeit eingeschränkt, eingesetzt seit |_|_| Wochen
- Handschuhe: bei allen Patienten, nur bei Verdachtsfällen, nie
 - falls eingesetzt: getragen von ärztl. Personal, getragen vom nicht-ärztlichen Personal, getragen von allen mit unmittelbarem Patientenkontakt, Verfügbarkeit eingeschränkt, eingesetzt seit |_|_| Wochen
- Schutzanzug: bei allen Patienten, nur bei Verdachtsfällen, nie
 - falls eingesetzt: getragen von ärztl. Personal, getragen vom nicht-ärztlichen Personal, getragen von allen mit unmittelbarem Patientenkontakt, Verfügbarkeit eingeschränkt, eingesetzt seit |_|_| Wochen

10) Corona-Abstriche in Praxis durchgeführt im Zeitraum 01.03.-31.05.2020

- nein
- ja
 - falls ja, |_|_|_|_| Abstriche/Woche (gemittelt), davon nachgewiesene Fälle: |_|_| Patienten

11) andere Schutzmaßnahmen erfolgt/eingeleitet (Mehrfachantworten möglich)

- Aushang/Informationsmaterial für Patienten (z.B. Verhalten bei Infektsymptomen etc.)
- Verstärkte Flächendesinfektion
- Abstandsmarkierungen in der Praxis
- Regulierung des Patientenaufkommens (z.B. durch Umstellung auf feste Termine, Reduktion der Termine)
- Vermittlung potenzieller Verdachtsfälle an Teststellen
- großzügige telefonische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bei Infektpatienten
- Installation von Schutzbarrieren (z.B. Plexiglasscheibe am Tresen o.ä.)
- andere _____

12) angeordnete Quarantäne für Praxis

- nein
- ja
 - falls ja, vom |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| (Datum) bis zum |_|_|.|_|_|.|_|_|_|_|_| (Datum)

II Demographische Daten der Teilnehmer (einmalig von Teilnehmer auszufüllen):

1) ID bzw. Pseudonym

2) Geburtsjahr

|_|_|_|_|_|

3) Geschlecht

- weiblich
- männlich
- divers

4) Profession

- Facharzt
- Arzt in Weiterbildung
- MFA
- MTA

- Auszubildende
- andere _____

5) Fachgebietsbezeichnung (nur für Ärzte)

- Allgemein Chirurgie
- Allgemeinmedizin
- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Gefäßchirurgie
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Humangenetik
- Innere Medizin (inkl. hausärztlich tätig)
- Innere Medizin und Angiologie
- Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie
- Innere Medizin und Gastroenterologie
- Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
- Innere Medizin und Kardiologie
- Innere Medizin und Nephrologie
- Innere Medizin und Pneumologie
- Innere Medizin und Rheumatologie
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Kinderchirurgie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurochirurgie
- Neurologie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Plastische und Ästhetische Chirurgie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Radiologie
- Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen
- Strahlentherapie
- Urologie
- sonstige: _____

6) Jahr der Niederlassung (nur für Ärzte)

|_|_|_|_|_|

7) in aktueller Anstellung / in Selbstständigkeit tätig seit

|_|_| Jahren

8) wöchentliche Arbeitszeit in Stunden

|_|_|

9) höchster Schulabschluss

- noch in schulischer Ausbildung
- Haupt-(Volks-)schulabschluss
- Mittlere Reife / Abschluss der polytechnischen Oberschule
- Fachhochschul- oder Hochschulreife
- ohne allgemeinen Schulabschluss

10) höchster beruflicher Bildungsabschluss

- Lehre / Berufsausbildung im dualen System

- Fachschulabschluss (inkl. in der ehemaligen DDR)
- Fachhochschulabschluss
- Hochschulabschluss
 - falls ja (Mehrfachnennungen möglich):
 - Bachelor, Master, Diplom, Staatsexamen, Promotion
- ohne beruflichen Bildungsabschluss

11) Größe des Haushaltes

|_|_| Personen über 18 Jahre

|_|_| Personen unter 18 Jahre

12) Raucher

- nein, nie geraucht
- nein, aufgehört im Jahr |_|_|_|_|_|
- ja, seit dem Jahr |_|_|_|_|_|
 - falls ja, derzeit: 0-5 Zig/d, 6-10 Zig/d, 11-20 Zig/d, >20 Zig/d

13) Gripeschutzimpfung in Saison 2019/2020

- nein, nicht erhalten
- ja, erhalten
- nicht sicher

III Persönliche Faktoren (bezogen auf die letzten drei Monate, bei jeder Testung von Teilnehmer auszufüllen):

1) hauptsächlicher Arbeitsplatz (Mehrfachnennung bei häufigem Wechsel möglich)

- Tresen
- Sprechzimmer
- Funktionsraum
- Labor
- andere Arbeit innerhalb der Praxis
- andere Arbeit außerhalb der Praxis

2) Im Rahmen der üblichen Aufgaben bestand in den letzten drei Monaten welcher direkte Kontakt zu Patienten? (Mehrfachnennung möglich)

- Kontakt nur am Tresen
- körperliche Untersuchung (einschließlich Inspektion, Palpation, Perkussion, Auskultation, Funktionsprüfung)
- Blutentnahme
- RR messen
- EKG
- Lufu
- andere Funktionsdiagnostik (einschließlich Sonographie)
- Wundversorgung / operative und andere invasiv-diagnostische Eingriffe
- Hausbesuche
- Heimbesuche
- andere _____

3) Bestand in den letzten drei Monaten ein räumlich enger Kontakt zu nachgewiesenen COVID-19-Fällen?

- nein
- ja, zuletzt am |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - falls ja, in welchem Kontext (Mehrfachnennungen möglich): privat, im eigenen Haushalt, auf Arbeit, mit Mund-Nase-Schutz, mit FFP2/3-Maske, ungeschützt

4) Aufenthalt in Risikogebiet / im Ausland in den letzten drei Monaten?

- nein
- ja, in _____ (Ort/Land), zuletzt am _____._____._____ (Datum)
- 5) **Haben Sie den ÖPNV in den letzten drei Monaten genutzt?**
- nein
- ja, falls ja: täglich, umtäglich/bis zu 2x wöchentlich, 1x wöchentlich oder seltener
- 6) **Haben Sie in den letzten drei Monaten selbst Alten- oder Pflegeeinrichtungen besucht?**
- nein
- ja, falls ja: _____ mal pro Woche, nur beruflich, nur privat, privat und beruflich
- 7) **Ist bei Ihnen in den letzten drei Monaten ein Rachenabstrich/Antikörpertest auf Covid-19 erfolgt?**
- nein
- ja
- falls ja: _____ Nasen-/Rachenabstriche (Anzahl), davon _____ positiv, _____ negativ, letzter Abstrich durchgeführt am _____._____._____ (Datum), Ergebnis letzter Abstrich: positiv, negativ
 - _____ Antikörperbestimmungen (Anzahl), davon _____ positiv (auf IgG), _____ negativ; letzte Antikörperbestimmung durchgeführt am _____._____._____ (Datum), Ergebnis letzte Antikörperbestimmung (IgG): positiv, negativ
- 8) **Wurde bei Ihnen in den letzten drei Monaten eine behördliche Quarantäne angeordnet?**
- nein
- ja
- falls ja, vom _____._____._____ (Datum) bis zum _____._____._____ (Datum)
- 9) **Welche der folgenden Vorerkrankungen besteht/bestehen bei Ihnen? (Mehrfachnennungen möglich):**
- Asthma bronchiale
- COPD
- Bluthochdruck
- Z.n. Herzinfarkt
- Z.n. Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- aktive Krebserkrankung
- überstandene Krebserkrankung
- Immundefizit / Behandlung mit immunmodulierenden Medikamenten
- andere _____
- 10) **Litten Sie in den letzten drei Monaten an Infektsymptomen, die keiner anderen bekannten Erkrankung (z.B. Migräne, saisonale Allergie, Reizdarmsyndrom) zugeordnet werden können und auch nicht bereits zuvor bestanden?**
- nein
- ja
- Wenn ja, welche der folgenden Infektsymptome bestanden bei Ihnen in den letzten drei Monaten?**
- a. Geschmacksverlust, an _____ Tagen
 - b. Geruchsverlust, an _____ Tagen
 - c. Fieber, Temp. >38,0°C an _____ Tagen, >39°C an _____ Tagen, >40°C an _____ Tagen
 - d. Kopfschmerzen, an _____ Tagen
 - e. Husten, an _____ Tagen mit Auswurf, an _____ Tagen ohne Auswurf
 - f. Schnupfen, an _____ Tagen laufende, an _____ Tagen verstopfte Nase
 - g. Rachen-/Halsschmerzen, an _____ Tagen
 - h. Atemnot, an _____ Tagen
 - i. Engegefühl in der Brust, an _____ Tagen
 - j. Abgeschlagenheit/Müdigkeit, an _____ Tagen

- k. Schwitzen/Schüttelfrost, an |_|_| Tagen
- l. Muskel-/Gliederschmerzen, an |_|_| Tagen
- m. Bauchschmerzen, an |_|_| Tagen
- n. Übelkeit und/oder Erbrechen, an |_|_| Tagen

11) **Haben Sie sich wegen eines oder mehrerer dieser Symptome in den letzten drei Monaten in ärztl. Behandlung begeben?**

- nein
- ja
 - falls ja, waren sie aufgrund der o.g. Infektsymptome arbeitsunfähig:
 - nein
 - ja, vom |_|_|.||||.||||| (Datum) bis zum |_|_|.||||.||||| (Datum)
 - Wurden Sie aufgrund der o.g. Infektsymptome stationär behandelt?
 - nein
 - ja, vom |_|_|.||||.||||| (Datum) bis zum |_|_|.||||.||||| (Datum)

12) **Wie lange sind sie symptomfrei (keine der o.g. Infektsymptome vorhanden)?**
seit |_|_| Tagen

IV Testdaten:

1) **Einverständniserklärung/Einwilligung**

- Unterschrift von Proband und Praxisinhaber/Facharzt liegt vor
- Unterschrift von Proband oder Praxisinhaber/Facharzt liegt **nicht** vor

2) **ID bzw. Pseudonym**

3) **IgM-/IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T0**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgM positiv, negativ, unsicher
- Ergebnis IgG positiv, negativ, unsicher

4) **IgA/IgG-ELISA bei pos. IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T0**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgA positiv, negativ
- Ergebnis IgG positiv, negativ

5) **IgA/IgG-ELISA bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T0**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgA positiv, negativ
- Ergebnis IgG positiv, negativ

6) **PCR-Abstrichtest bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T0**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgG positiv, negativ

7) **IgM-/IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T1**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgM positiv, negativ, unsicher
- Ergebnis IgG positiv, negativ, unsicher

8) **IgA/IgG-ELISA bei pos. IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T1**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgA positiv, negativ
- Ergebnis IgG positiv, negativ

9) **IgA/IgG-ELISA bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T1**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgA positiv, negativ
- Ergebnis IgG positiv, negativ

10) **PCR-Abstrichtest bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T1**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)
- Ergebnis IgG positiv, negativ

11) **IgM-/IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T2**

- vom |_|_|.||||.||||| (Datum)

- Ergebnis IgM positiv, negativ, unsicher
 - Ergebnis IgG positiv, negativ, unsicher
- 12) IgA/IgG-ELISA bei pos. IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T2**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgA positiv, negativ
 - Ergebnis IgG positiv, negativ
- 13) IgA/IgG-ELISA bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T2**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgA positiv, negativ
 - Ergebnis IgG positiv, negativ
- 14) PCR-Abstrichtest bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T2**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgG positiv, negativ
- 15) IgM-/IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T3**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgM positiv, negativ, unsicher
 - Ergebnis IgG positiv, negativ, unsicher
- 16) IgA/IgG-ELISA bei pos. IgG-Schnelltest zum Zeitpunkt T3**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgA positiv, negativ
 - Ergebnis IgG positiv, negativ
- 17) IgA/IgG-ELISA bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T3**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgA positiv, negativ
 - Ergebnis IgG positiv, negativ
- 18) PCR-Abstrichtest bei pos. IgM-Schnelltest zum Zeitpunkt T3**
- vom |_|_|. |_|_|. |_|_|_|_|_| (Datum)
 - Ergebnis IgG positiv, negativ