

Columbia COVID-19 Fragebogen - VERSION 2.3

COVID-19 ist eine medizinisch und gesellschaftlich enorme Herausforderung für die gesamte Welt. Sie nehmen an dieser Studie teil, da sie möglicherweise bereits mit dem SARS-COV2 Virus infiziert wurden. Diese Studie untersucht warum manche COVID-19 Patienten unter einem schweren Krankheitsverlauf leiden, während andere milde oder symptomlose Verläufe erleben. Mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens, tragen Sie wesentlich zu dieser Studie und der aktuellen wissenschaftlichen Antwort auf COVID-19 bei. Dieser Fragebogen dauert ca. 15 Minuten. Unser Ziel ist es, möglichst viel Information über COVID-19 zu sammeln und diese mit Wissenschaftlern aus der gesamten Welt zu teilen OHNE Ihre persönliche Daten mitzuteilen. Daher wird Ihr Fragebogen vor der wissenschaftlichen Auswertung anonymisiert. Die Kontaktinformationen dienen lediglich der medizinischen Nachsorge.

Name:

E-mail Adresse:

Telefon:

Postleitzahl (Wohnort):

Datum des Fragebogens (elektronisch erfasst)

1. Bitte wählen Sie aus was am besten ihren Test auf Coronavirusinfektion beschreibt.

- Ich wurde durch einen Nasen/Rachenabstrich getestet, Testdatum _____
- Ich wurde durch einen Serumantikörpertest getestet, Testdatum _____
- Ich wurde nicht getestet, aber ich hatte den Verdacht auf COVID-19
- Ich wurde nicht getestet und hatte keine Symptome
- Mein Test war negativ, Testdatum: _____
- Ich weiß nicht

2. Wie wurde Ihre Infektion behandelt? (Wählen nur die medizinisch intensivste)

- Meine Infektion wurde zu Hause behandelt
- Ich war in einer Klinik oder einem Diagnosezelt, aber ich wurde nach Hause geschickt
- Ich war in einer Notaufnahme aber ich wurde nach Hause geschickt.
- Ich wurde in ein Krankenhaus eingewiesen
- Ich wurde auf einer Intensivstation behandelt

3. Wie lange waren Sie erkrankt?

- Erster Tag der Symptome, Datum ____
- Letzter Tag der Symptome, Datum ____
- Ich weiß nicht / Ich erinnere mich nicht

4. Bitte beschreiben wählen Sie alle Symptome aus die Sie im Verlauf ihrer Infektion erlitten haben (alles Zutreffende ankreuzen):

- Husten, Dauer in Tagen ____
- Fieber, Dauer in Tagen ____, Höchsttemperatur _____
- Kurzatmigkeitm Dauer in Tagen _____
- Brustschmerz, Dauer in Tagen _____
- Nachtschweiß, Dauer in Tagen _____
- Hautausschlag, Dauer in Tagen _____
- Müdigkeit
- Kopfschmerzen
- Muskelschmerzen
- Schnupfen
- Halsschmerzen
- Durchfall
- Übelkeit / Erbrechen
- Bauchschmerzen
- Schäumender Urin, Dauer in Tagen _____
- Roter Urin, Dauer in Tagen _____
- Teilweiser oder kompletter Verlust des Riechens, Dauer in Tagen _____
- Teilweiser oder kompletter Verlust des Geschmacks, Dauer in Tagen _____
- Bewusstseinsverlust
- Epileptische Anfälle

5. Falls Sie in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, welche der folgenden Antworten trifft auf Ihren Krankheitsverlauf zu? (alles Zutreffende ankreuzen)

- Sauerstoffbrille, Dauer in Tagen _____
- Sauerstoffmaske, BIPAP, oder CPAP, Dauer in Tagen _____
- Luftröhrenintubation mit Atmungsunterstützung, Dauer in Tagen _____
- Nierenbegleiterkrankung, welche durch eine Dialyse behandelt wurde, Dauer in Tagen _____
- Herzbegleiterkrankung, welche durch eine Kathertuntersuchung behandelt wurde
- Leberbegleiterkrankung (z.B. Leberentzündung/Hepatitis)
- Blutgerinnsel in Beinen oder Lunge
- Septischer Schock mit Blutdruckabfällen welche durch Blutdrucksteigernde Medikamente behandelt wurden
- Weitere Komplikationen: _____

6. Welche der Medikamente wurden eingesetzt um Ihre COVID-19 Erkrankung zu behandeln? (alles Zutreffende ankreuzen)

- Tylenol (Acetaminophen)
- NSARs (Ibuprofen, Aspirin, Naproxen, Celecoxib, Diclofenac, Indomethacin, Piroxicam)
- Hydroxychloroquine (Plaquenil) or Chloroquine
- Azithromycin (Z-pack)
- Pepcid oder Famotidine
- Kortikosteroide (Prednison, Methylprednisolon, Dexamethason, Hydrokortison)
- IL-6 Blocker (Sarilumab, Tocilizumab, Siltuximab)
- JAK Blocker (Baricitinib, Ruxolitinib, Fedratinib, Tofacitinib)
- Remdesivir (GS-5735) oder ein anderer Proteasehemmer
- Tamiflu (Oseltamivir) oder Xofluza (Baloxavir Marboxil)
- HIV Medikamente [lopinavir/Ritonavir, Tenofovir (TDF, TAF)]
- Sofosbuvir
- Ribavirin
- Interferon Alpha
- Plasma therapie (mit Hilfe von Plasmaspenden)
- Bronchodilatoren (Asthmamedikamente)
- Ich weiß nicht

7. Falls Sie mit Hydroxychloroquin (Plaquenil) behandelt wurden, beschreiben Sie bitte ob sie folgende Nebenwirkungen erfahren haben (alles Zutreffende ankreuzen):

- Übelkeit oder Erbrechen
- Rötlicher Hautausschlag
- Schwer nekrotisierender Hautausschlag
- Kopfschmerzen oder Migräne
- Sehprobleme oder Blindheit
- Nachtschweiß
- Schlaflosigkeit
- Herzprobleme
- Unregelmäßiger Herzschlag oder Herzrhythmusstörungen
- Tinnitus
- Kribbeln
- Gefühlsverlust in Händen oder Füßen
- Epileptische Anfälle
- Bewusstlosigkeit oder Ohnmacht
- Dinge hören oder sehen, die nicht existieren
- Keiner der oben genannten

8. Haben Sie in diesem Jahr eine Impfung gegen folgende Krankheiten erhalten? (alles Zutreffende ankreuzen):

- Grippeimpfung
- Pneumokokken-Impfung oder Pneumovax
- Tuberkulose(TB)-Impfung (BCG) jemals in Ihrem Leben
- Keine der oben genannten
- Ich weiß es nicht.

9. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand vor der Infektion einschätzen?

- Exzellent
- Sehr gut
- Gut
- Mäßig
- Schlecht

10. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert oder behandelt? (alles Zutreffende ankreuzen):

- Herzinsuffizienz
- Herzinfarkte
- Vorhofflimmern, Herzklopfen oder abnormaler Herzrhythmus
- Implantierter Herzschrittmacher
- Arrhythmie oder Herzstillstand
- Chronische Nierenerkrankung
- Eiweiß im Urin
- Blut im Urin
- Dialysepflichtiges Nierenversagen
- Nierenversagen, das eine Nierentransplantation erfordert
- Lebererkrankung oder Leberzirrhose
- Leberversagen, das eine Lebertransplantation erfordert
- Herzinsuffizienz, die eine Herztransplantation erfordert
- Asthma
- Fettleibigkeit
- Schlaf-Apnoe
- Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)
- Hoher Druck in der Lunge (pulmonale Hypertonie)
- Eine weitere Lungenkrankheit, welche: _____
- Neurologische Erkrankung (z.B. ALS, Parkinson, Huntington)
- Demenz
- Krebserkrankung
- Osteoarthritis
- Rheumatoide Arthritis
- Andere Art der entzündlichen Arthritis, bitte angeben _____
- Wiederkehrende Ohrinfektionen/Sinusitis
- HIV
- Anämie
- Frühere Blutgerinnsel in Beinen oder Lungen
- Knochenmarktransplantation
- Schilddrüsen-Erkrankung
- Lupus
- Multiple Sklerose
- Kolitis Ulcerosa
- Morbus Crohn
- Zöliakie
- Periodische/häufige Fieber
- Immunschwäche
- Fieberbläschen (Lippenherpes)
- Andere Herpesinfektionen
- Warzen
- Dellwarzen (Molluscum-contagiosum)
- Gürtelrose (Herpes Zoster)
- Ekzem
- Wiederkehrende bakterielle Infektionen
- Allergien
- Urtikaria (Nesselsucht)
- Heuschnupfen

11. Wurde bei Ihnen jemals Diabetes festgestellt?

- nein
- nein, jedoch hoher Blutzucker
- ja, Typ 1 Diabetes (insulinpflichtig)
- ja, Typ 2 Diabetes (häufig medikamentös behandelt)

- ja, aber ich weiß nicht welcher Typ
- ja, Schwangerschaftsdiabetes

12. Welche von einem Arzt verschriebenen Medikamente nehmen Sie bei Diabetes ein?

- Keine Medikamente
- Insulin
- Pillen
- Insulin und Pillen

13. Wurde bei Ihnen jemals Hypertonie oder Bluthochdruck diagnostiziert?

- nein
- ja
- ja, aber nur während einer Schwangerschaft

14. Haben Sie jemals Blutdruckmedikamente eingenommen?

- nein
- ja, welche? _____

15. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, dass eine der folgenden Diagnosen/Behandlungen auf Sie zu treffen (wenn ja, geben Sie bitte das Alter an)?

- Herzinfarkt, Alter ___
- Schlaganfall, Alter ___
- Hirnblutung, Alter ___
- Koronararterien-Bypasschirurgie, Alter ___
- Herzkatheterisierung oder Stent, Alter ___

16. Wann haben Sie die folgenden Medikamente zuletzt eingenommen? (bitte tragen Sie Ihre Antwort für jede Zeile ein).

	Heute oder Gestern	vor 2-7 Tagen	vor 1-4 Wochen	vor 1-12 Monaten	vor über einem Jahr	niemals
Nichtsteroidale entzündungshemmende Mittel oder NSARs (Aspirin, Celecoxib, Diclofenac, Cambia, Cataflam, Voltaren, Diflunisal, Etodolac, Ibuprofen, Motrin, Advil, Indomethacin, Indocin, Ketoprofen, Ketorolak, Nambumeton, Naproxen, Aleve, Anaprox, Naprelan, Naprosyn, Oxaprozin, Daypro, Piroxicam, Feldene, Salsalat, Disalate, Sulidnac, tolmetin)						
Acetaminophen, Tylenol, Daquil, Nyquil, Excedrin, Sinutab.						
Asthma-Medikamente (Bronchodilatator Ventolin, Albuterol)						
Oral oder injiziert verabreichte Steroide (Prednison, Methylprednisolon, Dexamethason, Hydrocortison))						
Inhalative Kortikosteroide (Advair, Beclomethason, Budesonid, Ciclesonid, Flunisolid, Fluticason oder Mometason)						
Antihistaminika (Benadryl, Clarithin, Zyrtec)						
Antibiotika						
Aspirin zur Vorbeugung von Herzinfarkt oder Schlaganfall						
Andere Thrombozytenaggregationshemmer als Aspirin (z.B. Clopidogrel, Plavix, Prasugrel, Ticagrelor, Cilostazol)						
Blutverdünnende Medikamente (Eliquis, Xarelto, Coumadin, Warfarin oder ähnliche)						
ACE-Hemmer bei Bluthochdruck (Benazepril, Captopril, Fosinopril, Lisinpril, etc.)						
Statine zur Senkung des Cholesterinspiegels (wie z.B. Atorvastatin oder Simvastatin)						
Angiotensin-Rezeptorblocker bei Bluthochdruck (Edarbi, Atacand, Eprosartan, Avapro, etc.)						
Tacrolimus						
Cyclosporin						
Azathioprin						
Krebsmedikamente oder Chemotherapie						
Mycophenolat						

Injektionen für Immunkrankheiten wie Enbrel, Humira, Actemra, Anakinra, Xolair, Dupixent						
Infusionen für Immunkrankheiten wie Infliximab (Remicade), Rituximab, Abatacept (Orencia) und Belimumab (Benlysta)						
Das Schilddrüsenmedikament Levothyroxin						
Famotidine(Pepcid)						
Diabetesmedikament Metformin						
Protonenpumpen-Inhibitor Omeprazol						
Betablocker zur Senkung des Blutdrucks (Metoprolol, Atenolol, Tramadol, ...)						
Antidepressivum oder SSRI (Sertralin, Fluoxetin, Citalopram, Trazodon, Escitalopram, ...)						
Opioid zur Schmerzlinderung (Hydrocodon, ...)						
HIV-Medikamente (Lopinavir/Ritonavir, Darunavir/Ritonavir, Tenofovir-Disoproxil-Fumarat (TDF), Tenofovir-Alafenamid-Fumarat (TAF) und Kombinationspräparate, die diese Wirkstoffe enthalten)						

17. Wann hat Ihnen vor Covid19 das letzte Mal ein Arzt Antibiotika verabreicht?

- Im letzten Monat
- Im letzten Jahr
- Innerhalb der letzten 5 Jahre
- Innerhalb der letzten 10 Jahre
- Vor über 10 Jahren
- Niemals

18. Bei welcher Indikation hat Ihnen der Arzt bei der letzten Antibiotikaeinnahme Antibiotika verabreicht?

- Atemwegsinfektionen (z.B. Halsentzündung, Sinusitis, Bronchitis, Lungenentzündung)
- Gastroenteritis, die Durchfall und/oder Erbrechen verursachte
- Harnwegsinfektion
- Infektion der Haut oder eine Wundinfektion
- Andere Indikation
- Ich weiß es nicht.
- Ich habe noch nie Antibiotika genommen

19. Wie lange haben Sie Antibiotika eingenommen?

- 3 Tage
- 7 Tage
- 14 Tage
- Mehr als 14 Tage
- Ich weiß es nicht

20. Wie oft bekommen Sie normalerweise eine Erkältung

- Nie
- Einmal alle 2 Jahre
- Einmal pro Jahr
- 2 mal pro Jahr oder häufiger

21. Welche Blutgruppe haben Sie?

- A
- B
- AB
- 0
- Ich weiß es nicht

- Rh-positive
- Rh-negative
- Ich weiß es nicht

22. Waren Sie im Ausland, kurz bevor Sie krank wurden / einer COVID-19-Infektion ausgesetzt / Verdacht auf COVID-19-Infektion hatten?

- nein
 ja, Land: _____ genaues Reisedatum (von-bis): _____

**23. Wie viele Personen leben mit Ihnen in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus? (Sie selbst eingeschlossen)
(geben Sie 0 ein, wenn es keine sind)**

- unter 3 Jahre alt
 3-6 Jahre alt
 7-17 Jahre alt
 18-64 Jahre alt
 65-79 Jahre alt
 80 Jahre alt oder älter

24. In welcher Art von Haushalt leben Sie?

- Ein-Zimmer-Wohnung
 Wohnung mit einem Schlafzimmer
 Wohnung mit 2 Schlafzimmer
 Wohnung mit drei Schlafzimmern (oder mehr)
 Stadthaus
 Freistehendes Haus
 Pflegeheim oder Reha-Einrichtung
 Obdachlos
 Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

25. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt haben sich mit COVID-19 infiziert oder sind vermutlich mit COVID-19 infiziert?

_____Personen

26. Wurde/ist eines Ihrer Familienmitglieder:

- mit COVID-19 diagnostiziert? Verwandschaft: _____
 verdächtig, COVID-19 zu haben? Verwandschaft: _____
 aufgrund von COVID-19 ins Krankenhaus eingeliefert? Verwandschaft: _____
 an COVID-19 verstorben? Verwandschaft: _____

27. Hat eines Ihrer Familienmitglieder eine Immunschwäche oder eine mit dem Immunsystem zusammenhängende Erkrankung?

- ja
 nein

28. Welche Krankheiten gibt es in Ihrer Familie?

- Krebserkrankung, bitte angeben _____
 Herzkrankheit
 Bluthochdruck
 Diabetes
 Nierenerkrankung, bitte angeben _____
 andere, bitte angeben _____

29. Wie oft haben Sie in den 2 Wochen vor Ihrer Erkrankung in der Öffentlichkeit eine Gesichtsmaske getragen?

- nie
 selten
 häufig
 immer

30. Wie oft haben die Menschen, mit denen Sie zusammenleben, in den 2 Wochen vor Ihrer Erkrankung in der Öffentlichkeit eine Gesichtsmaske getragen?

- nie
 selten
 häufig
 immer

31. Wie oft haben Sie in den 2 Wochen vor Ihrer Erkrankung Handdesinfektionsmittel verwendet?

- nie

- selten
- häufig
- immer

32. Wie oft haben die Menschen, mit denen Sie zusammenleben, in den 2 Wochen vor ihrer Erkrankung Händedesinfektionsmittel verwendet?

- nie
- selten
- häufig
- immer

33. Wie oft haben Sie in den 2 Wochen vor Ihrer Erkrankung bewusst versucht, sich sozial von anderen zu distanzieren?

- nie
- selten
- häufig
- immer

34. Wie oft haben die Menschen, mit denen Sie zusammenleben, in den zwei Wochen vor Ihrer Erkrankung bewusst versucht, sich sozial von anderen zu distanzieren?

- nie
- selten
- häufig
- immer

35. Wie oft haben Sie in den 2 Wochen vor Ihrer Erkrankung Ihre Wohnung oder Ihr Haus verlassen?

- nie
- 3 bis 4 mal pro Woche
- täglich
- mehrmals am Tag

36. Leben Tiere in Ihrem Haushalt? Wenn ja, geben Sie an, welches der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt lebt:

- Hund
- Hauskatze
- freilaufende Hauskatze
- andere: _____

37. Wann haben Sie das letzte Mal einen Hund oder eine Katze gestreichelt, bevor Sie krank wurden?

- Vor einem Tag
- Vor einer Woche
- Vor einem Monat
- Vor mehr als einem Monat
- Ich erinnere mich nicht

38. Wie haben Sie in den zwei Wochen vor Ihrer Erkrankung Lebensmittel eingekauft?

- Lieferung
- Online-Bestellung/Abholung im Geschäft
- selbst einkaufen im Geschäft
- nicht eingekauft

39. Welchen Transport haben Sie in den zwei Wochen vor Ihrer Erkrankung in Anspruch genommen? (alles Zutreffende ankreuzen)

- U-Bahn
- Bus
- Taxi oder ähnliche Fahrdienstleistung
- Flugzeug
- Auto

40. Konnten Sie in den zwei Wochen vor Ihrer Erkrankung von zu Hause arbeiten (Teleheimarbeit)?

- ja

- nein
- nicht zutreffend (verlorener Arbeitsplatz im Rahmen von COVID19)
- nicht zutreffend (arbeitslos oder vor Krankheitsbeginn im Ruhestand)

41. Wie hoch ist das gemeinsame Jahreseinkommen aller Familienangehörigen in ihrem Haushalt, d.h. das gesamte Einkommen ohne Abzug der Steuern aus allen Einkünften, das Sie im vergangenen Jahr verdient haben?

- \$0 bis \$9,999
- \$10,000 bis \$14,999
- \$15,000 bis \$19,999
- \$20,000 bis \$34,999
- \$35,000 bis \$49,999
- \$50,000 bis \$74,999
- \$75,000 bis \$99,999
- \$100,000 bis \$199,999
- \$200,000 oder mehr
- Ich weiß es nicht
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

42. Wie bezahlen Sie normalerweise die Gesundheitsversorgung?

- Versicherung aus meiner Arbeit
- Versicherung bei 'Obamacare' gekauft
- Medicare
- Medicaid
- Indischer Gesundheitsdienst
- VA
- nicht versichert
- Nicht sicher/abgelehnt

43. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

- Keine formale Schulbildung
- Weniger als 8 Jahre Schulbildung
- 8 bis 11 Jahre Schulbildung
- 12 Jahre Schulbildung oder abgeschlossenes Gymnasium
- Ausbildung nach dem Gymnasium, die nicht an der Hochschule stattfindet (beruflich oder technisch)
- College
- Hochschulabsolvent
- Aufbaustudium
- Keine Ahnung/Nicht sicher
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

44. Wo gehen sie normalerweise hin wenn Sie krank werden?

- Klinik oder Gesundheitszentrum
- Arztpraxis oder HMO
- Krankenhaus Notaufnahme
- Krankenhaus-Ambulanz
- An einem anderen Ort (z.B. Wunderheiler, Botaniker, Akupunktur usw.)
- Ich gehe nicht zu einem Ort
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

45. Hatten Sie im letzten Jahr eine routinemäßige Gesundheitsuntersuchung (Check-up)

- ja
- nein
- nicht sicher

46. Wie lange dauert es für Sie im Krankheitsfall einen Gesundheitsdienstleister zu erreichen?

- <10 Minuten
- 10-30 Minuten

- 30-60 Minuten
- 1-2 Stunden
- >2 Stunden
- Ich weiß es nicht
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

47. Welches Geschlecht wurde Ihnen bei der Geburt zugewiesen?

- Männlich
- Weiblich
- Trans Männlich
- Trans Weiblich
- Andere
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

48. Welche sexuelle Orientierung haben Sie?

- Asexuell
- Bisexuell
- Homosexuell (schwul)
- Homosexuell (lesbisch)
- Heterosexuell
- Pan-sexuell
- Queer
- In Frage gestellt oder unsicher
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

49. Wie alt sind Sie? : _____ Jahre alt

50. Wieviel wiegen Sie?: _____ lbs

51. Wie groß sind Sie? _____ ft _____ inches

52. Welcher Ethnie entsprechen Sie?

- Hispanoamerikaner oder Latino
- Weiß - Europäisch
- Asiatisch
- Schwarz
- Ureinwohner Amerikas
- Pazifische Inselbewohner
- Weiß nicht.
- Ich ziehe es vor, nicht zu antworten

53. Was entspricht am ehesten Ihrer üblichen körperlichen Aktivität?

- Ich lese, sehe fern und erledige Arbeiten, die nicht körperlich anstrengend sind.
- Ich laufe, fahre Rad oder bin an vielen Tagen in der Woche körperlich aktiv. Dazu gehören unter anderem: Wandern, Jagen und leichte Gartenarbeit
- Ich betreibe Ausdauersport für mehrere Stunden pro Woche. Dazu gehören Joggen, Skifahren, Gewichtheben, Gymnastik, Schwimmen, Ballspiele oder körperlich anstrengende Gartenarbeit.
- Ich trainiere täglich für den Leistungssport

54. Rauchen Sie?

- Ich habe nie regelmäßig geraucht.
- Ich habe früher geraucht, aber ich habe aufgehört.
- Ich rauche nur selten.
- Ich rauche jeden Tag. Wie viele Zigaretten rauche ich im Durchschnitt pro Tag? _____

55. Benutzen Sie E-Zigaretten?

- Noch nie regelmäßig
- Früher, aber ich habe aufgehört
- Nur selten
- Jeden Tag

56. Wie oft konsumieren Sie alkoholische Getränke?

- nie
- einmal pro Monat oder seltener
- 2-4 mal pro Monat
- 2-3 mal pro Woche
- 4 mal pro Woche oder häufiger

57. Wenn Sie an Ihren üblichen Alkoholkonsum im vergangenen Jahr denken, wie viel trinken Sie normalerweise in einer Woche? _____

58. Wie hoch ist Ihr Bildungsniveau?

- Grundschule/Grundschule
- Berufsschule
- Gymnasium
- College / Bachelor-Abschluss
- Master-Abschluss oder höher

59. Welchen Beruf üben sie aus: _____

60. Waren Sie im letzten Jahr im Gesundheitswesen tätig??

- Ja
- Nein

61. Haben Sie im letzten Jahr als Lehrer oder in der Kinderbetreuung gearbeitet?

- Ja
- Nein

62. Haben Sie im letzten Jahr in der Gastronomie gearbeitet??

- Ja
- Nein

63. Do you usually commute by mass transit (subway, train, bus)?

- Ja
- Nein

64. Pendeln Sie normalerweise mit öffentlichen Verkehrsmitteln (U-Bahn, Zug, Bus)?

- Ja
- Nein

65. Wie oft haben Sie sich in der letzten Woche nervös, ängstlich oder nervös gefühlt?

- Überhaupt nicht.
- Mehrere Tage
- Mehr als die Hälfte der Tage
- Fast jeden Tag

66. Wie oft konnten Sie in der vergangenen Woche nicht aufhören, sich Sorgen zu machen?

- Überhaupt nicht.
- Mehrere Tage
- Mehr als die Hälfte der Tage
- Fast jeden Tag

67. Viele Patienten fühlen sich in dieser Zeit möglicherweise auch einsam. Wie oft haben Sie sich in der vergangenen Woche einsam gefühlt?

- Überhaupt nicht.
- Mehrere Tage
- Mehr als die Hälfte der Tage
- Fast jeden Ta

Bei Teilnehmern unter 18 Jahren sollten die Eltern die folgenden Fragen im Namen des Kindes beantworten.

68. Wurde Ihr Kind zu früh geboren (vor 37 Wochen)??

- Ja
- Nein

69. Wurde Ihr Kind gestillt??

- Ja
- Nein

70. Falls ja, wie lange?

- 1 Monat -12 Monate
- >12 Monate

Für Frauen beziehen sich die folgenden Fragen auf Schwangerschaften:

71. Sind Sie schwanger oder haben Sie im letzten Monat entbunden?

- Ich bin gegenwärtig schwanger
- Ich habe innerhalb des letzten Monats entbunden
- Nein, ich bin derzeit nicht schwanger und habe auch nicht vor kurzem entbunden

72. Falls Sie schwanger sind, in welchem Schwangerschaftsmonat befinden Sie sich?

- 6 bis 14 Wochen
- 14 bis 24 Wochen
- 24 bis 32 Wochen
- 32 bis 36 Wochen
- Over 36 Wochen

73. Haben Sie seit der COVID-19-Infektion Komplikationen in der Schwangerschaft gehabt?

- Ja
- Nein

74. Wenn ja, welche der folgenden Komplikationen hatten Sie?

- Fehlgeburt, wenn ja, wie oft _____
- Vorzeitige Wehen
- Präeklampsie
- Andere

75. Stillen Sie derzeit?

- Ja
- Nein

76. Wie viele Kinder haben Sie zur Welt gebracht? _____

Wenn es Mitglieder in Ihrer Familie gibt, die Ihrer Meinung nach mit COVID-19 infiziert sind und an dieser Studie teilnehmen möchten, geben Sie bitte deren Namen und Kontaktinformationen unten an.

Name:

E-mail Adresse:

Telefon:

Name:

E-mail Adresse:

Telefon: