

Datum der Blutentnahme: \_\_\_\_\_

## Anonymer Fragebogen

### Labortestung Immunität gegen Corona Viren

Name der Testung(en): LTT  T-Cellspot  Antikörper IGG G  S1  S2  Nc   
Alter  Geschlecht m/w/

#### Gründe für die Testung(en) - auch Mehrfachankreuzung möglich

	ja	nein	
Kontrolle vor geplanter Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontrolle nach Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum 1. Impfung _____
Impfstoff Name _____			Datum 2. Impfung _____
Nebenwirkungen nach der Impfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	welche: <input type="text"/>
Immunitätsfrage bei asymptomatischem Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Immunitätsfrage bei vermutetem symptomatischem Verlauf (ohne PCR Test Nachweis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### Anamnestische Fragen (Vorgeschichte)

	ja	nein	
asymptomatischer Verlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kontakt zu Symptomatischen ohne PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____
Symptomatischen mit positivem PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____
Asymptomatischen mit positivem PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____
Covid 19 Symptomatik, wenn ja welche: leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Long Covid <input type="checkbox"/>			Zeitraum: <input type="text"/>
positiver PCR Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____
positiver Antigen Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum: _____

#### Vorerkrankungen

	ja	nein	
Hypertonus (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauermedikamente: <input type="text"/>
Adipositas (starkes Übergewicht > 30 BMI)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutgruppe: <input type="text"/>
Gefäßerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Name Erkrankung / Sonstiges: <input type="text"/>
Sonstige schwere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### Ergebnis Immunantwort

	keine	schwach	stark
SARS CoV2 T Zell Immunität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper IG G gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper IG G S1 (Spikeprotein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper IG G S2 (Spikeprotein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper IG G Nc (Nukleocapsid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuzreaktivität endemische Beta-Coronaviren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>