

# CHRIS COVID-19 FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

## Introduction page

Fragebogen von *Name Nachname*.

Haben Sie seit dem [cclqldate]:

- einen Abstrich oder eine Blutuntersuchung auf Immunität gegen das neuartige Coronavirus gemacht ODER
- waren Sie in Quarantäne ODER
- hatten Sie Symptome, die auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus hinweisen könnten ODER
- hatten Sie engen Kontakt zu Personen mit einer Coronavirus-Infektion oder zu Personen mit Symptomen ODER
- ist bei Ihnen ein anderes Ereignis im Zusammenhang mit dem neuartigen Coronavirus aufgetreten?

☐ [1] Ja

☐ [2] Nein, nichts davon  
*[end questionnaire]*

## 1. ANAMNESE\*

*[filter=Y]*

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen für den Zeitraum ab dem Datum Ihrer letzten Teilnahme ([cclqldate]) bis heute.

Die Antworten werden vertraulich behandelt.

1.1. [cclq01a] Haben Sie seit dem [cclqldate] einen oder mehrere Mund- und/oder Nasenabstriche auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus gemacht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.1.1. [cclq01b] Wurde bei mindestens einem der durchgeführten Abstriche eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (positiver Test) festgestellt? *[if 'yes' to 1.1]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [3] Ich weiß nicht/Ich kenne das Ergebnis noch nicht
- ☐ [-87] Ich möchte nicht antworten

1.1.2. Was für ein Test war POSITIV? (*mehrere Antworten möglich*) *[if 'yes' to 1.1.1]*

- ☐ [cclq01c1] gewöhnlicher Abstrich (PCR-Test), im Labor untersucht
- ☐ [cclq01c2] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), von einem Untersucher durchgeführt
- ☐ [cclq01c3] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), selbst durchgeführt
- ☐ [cclq01c4] Speicheltest
- ☐ [cclq01c5] Anderes
- ☐ [cclq01c6] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.1.3. Was für ein Test war NEGATIV? (*mehrere Antworten möglich*) [if 'no' to 1.1.1]

- ☐ [cclq01c1] gewöhnlicher Abstrich (PCR-Test), im Labor untersucht
- ☐ [cclq01c2] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), von einem Untersucher durchgeführt
- ☐ [cclq01c3] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), selbst durchgeführt
- ☐ [cclq01c4] Speicheltest
- ☐ [cclq01c5] Anderes
- ☐ [cclq01c6] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.1.4. Was für einen Test haben Sie gemacht? (*mehrere Antworten möglich*)  
[if 'don't know' to 1.1.1]

- ☐ [cclq01c1] gewöhnlicher Abstrich (PCR-Test), im Labor untersucht
- ☐ [cclq01c2] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), von einem Untersucher durchgeführt
- ☐ [cclq01c3] Abstrich mit Schnelltest (Antigen-Test), selbst durchgeführt
- ☐ [cclq01c4] Speicheltest
- ☐ [cclq01c5] Anderes
- ☐ [cclq01c6] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.2. [cclq02] Waren Sie seit dem [cclqldate] wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus in Quarantäne oder als vorbeugende Maßnahme in häuslicher Isolation?  
[compulsory to all]

- ☐ [1] Ja, in einem abgetrennten Zimmer oder allein wohnhaft
- ☐ [2] Ja, aber NICHT völlig abgetrennt von meinen Mitbewohnern
- ☐ [3] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.3. [cclq03] Wurden Sie seit dem [cclqldate] ins Krankenhaus eingeliefert wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, stationär auf der Intensivstation
- ☐ [2] Ja, stationär in einer anderen Abteilung
- ☐ [3] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.4. [cclq04] Wurden Ihnen seit dem [cclqldate] Medikamente oder Therapien wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus verschrieben oder verabreicht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.5. [cclq05a] Haben Sie seit dem [cclqldate] eine oder mehrere Proben (Blut, Urin oder anderes) zur Untersuchung auf Immunität gegen das neuartige Coronavirus gemacht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.5.1. [cclq05b] Wurde bei mindestens einer der entnommenen Proben eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (positiver Test) festgestellt? *[if 'yes' to 1.5]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [3] Ich weiß nicht/Ich kenne das Ergebnis noch nicht
- ☐ [-87] Ich möchte nicht antworten

1.5.2. Was für eine Probe war POSITIV? (*mehrere Antworten möglich*) [if 'yes' to 1.5.1]

- ☐ [cclq05c1] venöse Blutentnahme
- ☐ [cclq05c2] Fingerpunktion
- ☐ [cclq05c3] Anderes
- ☐ [cclq05c4] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.5.3. Was für eine Probe war NEGATIV?

(*mehrere Antworten möglich*)

[if 'no' to 1.5.1]

- ☐ [cclq05c1] venöse Blutentnahme
- ☐ [cclq05c2] Fingerpunktion
- ☐ [cclq05c3] Anderes
- ☐ [cclq05c4] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.5.4. Was für eine Probe haben Sie gemacht?

(*mehrere Antworten möglich*)

[if 'don't know' to 1.5.1]

- ☐ [cclq05c1] venöse Blutentnahme
- ☐ [cclq05c2] Fingerpunktion
- ☐ [cclq05c3] Anderes
- ☐ [cclq05c4] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.6. [cclq06] Hatten Sie seit dem [cclqldate] eines der folgenden Symptome? Bitte berücksichtigen Sie NICHT Symptome, die Sie üblicherweise haben. *[Multiple answers]*

Symptom	Ja
[cclq06a] Fieber	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06b] Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06c] Abgeschlagenheit/verstärkte Müdigkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06d] Muskel-/Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06e] Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06f] Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06g] Verlust des Geschmackssinns	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06h] Verlust des Geruchssinns	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06i] Ohrenscherzen (Ohrenentzündung)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06j] gerötete oder brennende Augen (Bindehautentzündung)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06k] Augenschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06l] Schnupfen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06m] Halsschmerzen oder Heiserkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06n] trockener Husten (ohne Schleim oder Auswurf)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06o] Reizhusten (mit Schleim oder Auswurf)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06p] Husten mit Blut im Auswurf (Hämoptyse)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06q] Kurzatmigkeit oder Atemnot	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06r] Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06s] Herzrasen (Tachykardie) oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06t] Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06u] Übelkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06v] Erbrechen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06w] Durchfall	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06x] lehmfarbener oder schmieriger Stuhl (Fettstuhl)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06y] Überempfindlichkeit der Haut	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06z] Juckreiz oder Hautausschlag	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06] Ich hatte keines der genannten Symptome	<input type="checkbox"/> [2]
[cclq06] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> [-88]

1.7. [cclq07] Wann ungefähr traten die ersten Symptome auf?

*[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]*

☐ Click or tap to enter a date.

1.8. [cclq08] Wie lange hatten Sie Symptome?

*[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]*

- ☐ [1] Die Symptome sind immer noch vorhanden
- ☐ [2] 1-3 Tage
- ☐ [3] 4-6 Tage
- ☐ [4] 1-2 Wochen
- ☐ [5] 3 Wochen oder mehr
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.9. [cclq09] Haben Sie wegen der angegebenen Symptome einen Arzt kontaktiert?

*[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]*

- ☐ [1] Ja, und ich habe Medikamente eingenommen
- ☐ [2] Ja, aber ich habe KEINE Medikamente eingenommen
- ☐ [3] NEIN, aber ich habe Medikamente eingenommen
- ☐ [4] NEIN, ich habe deswegen KEINEN Arzt konsultiert und KEINE Medikamente eingenommen
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

1.10. [cclq10] Haben die angegebenen Symptome Sie bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt?

*[Only if 'yes' to any symptoms in Q.1.6.]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

### 3. **KONTAKTE\***

*[filter=Y]*

ENGER KONTAKT bedeutet im Folgenden:

- sich ohne Schutzmaßnahmen für mindestens 15 Minuten im selben geschlossenen Raum mit weniger als 2 Metern Abstand zur anderen Person aufzuhalten ODER
- körperlicher Kontakt zur anderen Person.

Die Antworten werden ABSOLUT VERTRAULICH behandelt und nur zu Forschungszwecken verwendet.

*[compulsory to all. Multiple questions]*

3.1. [cclq11] Waren Sie seit dem [cclqldate] in engem Kontakt mit einer mit dem Coronavirus INFIZIERTEN Person, mit der Sie zusammenleben?

*[Only if No. >1 in Q.1.3 @Baseline Questionnaire]*

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

3.2. [cclq12] Waren Sie seit dem [cclqldate] in engem Kontakt mit einer mit dem Coronavirus INFIZIERTEN Person, mit der Sie NICHT zusammenleben?

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht



3.3. [cclq13] Waren Sie seit dem [cclqldate] in engem Kontakt mit einer Person MIT Symptomen, mit der Sie zusammenleben?

*[Only if No. >1 in Q.1.3 @Baseline Questionnaire]*

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

3.4. [cclq14] Waren Sie seit dem [cclqldate] in engem Kontakt mit einer Person MIT Symptomen, mit der Sie NICHT zusammenleben?

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

---

*Vielen Dank für Ihre Teilnahme!*

*Der Fragebogen wurde vollständig ausgefüllt.*

*Sie können nun dieses Fenster schließen.*

---