

# CHRIS COVID-19 FOLLOW-UP QUESTIONNAIRE

## Introduction page

Fragebogen von *Name Nachname*.

[cclq00] Haben Sie seit dem [cclqldate] einen Abstrich oder eine Blutuntersuchung auf Immunität gegen das neuartige Coronavirus gemacht, waren Sie in Quarantäne, hatten Sie Symptome, die auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus hinweisen könnten, 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.

Falls Sie bei der Teilnahme an dieser Studie einen Abstrich und eine Blutprobe gemacht haben: bitte berücksichtigen Sie diese Untersuchungen NICHT bei der Beantwortung der folgenden Fragen.

1.1. [cclq01] Haben Sie seit dem [cclqldate] einen Nasen-Rachen-Abstrich auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus gemacht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, und ich war Coronavirus-positiv
- ☐ [2] Ja, ich kenne aber noch nicht das Ergebnis
- ☐ [3] Ja, und ich war Coronavirus-NEGATIV
- ☐ [4] Nein
- ☐ [-88] 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. [cclq05] Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen eine Blutprobe zur Untersuchung auf Immunität gegen das neuartige Coronavirus gemacht?  
*[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, und ich hatte Antikörper gegen das Coronavirus
- ☐ [2] Ja, ich kenne aber noch nicht das Ergebnis
- ☐ [3] Ja, und ich hatte KEINE Antikörper gegen das Coronavirus
- ☐ [4] Nein
- ☐ [-88] 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. [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

1.9. [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

## 2. KONTAKTE\*

*[filter=Y]*

ENGER KONKTAKT 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]*

2.1. [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

2.2. [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

2.3. [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

2.4. [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 Mitarbeit!*

---