

Vorwort

Vielen Dank für die Teilnahme!

Vorab sei erwähnt, dass sie hier nicht zum Teilnehmer einer klinischen Doppelblindstudie werden. In der Naturheilkunde wird ebenso wie in der Homöopathie traditionell ein anderer Weg beschritten. Ob Acetylsalicylsäure (ASS, der Wirkstoff der Weidenrinde), Johanniskraut oder der einjährige Beifuß – ihre lindernde oder heilende Wirkung wurde einst ohne die Kenntnis biochemischer Zusammenhänge und Wirkungsmechanismen durch Zufall entdeckt. Die naturheilkundliche Forschung beschränkte sich stets darauf, Anwendungsfälle und Bedingungen genauer zu erkunden. Wenngleich diese Vorgehensweise heute seitens der Schulmedizin belächelt wird lässt sich das Potenzial der naturheilkundlichen Substanzen selbst nicht leugnen: ASS ist seit rund 2500 Jahren „am Markt“ und wird seit 1977 auf der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO aufgeführt.

Auch beim einjährigen Beifuß bzw. dem darin enthaltenen Artemisinin handelt es sich um eine solche altbekannte naturheilkundliche Substanz mit hohem therapeutischem Potenzial. Einfach formuliert, möchten wir mit dieser Studie erkunden, ob der einjährige Beifuß auch bei Covid-19 Langzeitsymptomen über eine therapeutische Wirksamkeit verfügt. Wenn ja, in welchen Fällen?

Zur Klärung benötigen wir ihre Antworten, die sich auf mehrere Fragebögen verteilen werden. So kann die Befragung quasi interaktiv erfolgen, indem Erkenntnisse der ersten Fragebögen, in die der folgenden mit einfließen können.

Im ersten Fragebogen geht es darum, Ihre persönliche Situation zu erfassen. Ihren Namen und Anschrift benötigen wir lediglich, um Ihnen Ihr Präparat auf Wunsch postalisch zukommen zu lassen. Diese Angaben werden bei der Kodierung und Datenauswertung durch eine Teilnehmernummer ersetzt. Wir sichern Ihnen zu, dass ihre personenbezogenen Angaben weder in die Datenauswertung mit einbezogen, an Dritte weitergereicht oder von uns zur Kontaktierung außerhalb dieser Studie verwendet werden.

1. Persönliche Angaben

a) Name:

b) Vorname:

c) Anschrift:

d) Geschlecht: m w d

Alter: unter 20 20-30 30-40 40-50 50-60 60-70 über 70

2. Angaben zu den Langzeitsymptomen

a) Erstmaliger Auftritt

mit dem Auftritt der Primärsymptome bzw. etwa 1 Woche nach der Infektion

direkt nach Abklingen der Primärsymptome bzw. etwa 2-3 nach der Infektion

mit zeitlichem Verzug nach Abklingen der Primärsymptome, bzw. ab etwa
4 Woche nach der Infektion.

mit zeitlichem Verzug von mehr als 4 Wochen nach der Infektion

keine Einschätzung möglich

b) Dauer Ihrer Langzeitsymptome
Wochen

c) Art und Schwere der jetzt noch bestehenden Symptome

Symptom 1:	Grad der Beeinträchtigung:
Symptom 2:	Grad der Beeinträchtigung:
Symptom 3:	Grad der Beeinträchtigung:
Symptom 4:	Grad der Beeinträchtigung:
Symptom 5:	Grad der Beeinträchtigung:

Hinweis: Benennen Sie die Symptome und bewerten sie den Grad der Beeinträchtigung mit
einer Ziffer von 1 (geringe Beeinträchtigung) bis 5 (schwere Beeinträchtigung)

3. Angaben zu den Rahmenbedingungen

a) Persönliche Einschätzung der Ursache

Nur einen Teil der Covid-19 Infizierten leidet unter den Langzeitsymptomen. Wir bitten um
Ihre persönliche Einschätzung, warum es gerade Sie getroffen hat.

- Möglich, dass eine mir bekannte Vorerkrankung ursächlich ist.
- Möglich, dass eine mir noch nicht bekannte Vorerkrankung ursächlich ist.
- Möglich, dass meine Ernährung ursächlich ist.
- Möglich, dass mein Lebensstil (Stress, Schlaf, Bewegung etc.) ursächlich ist.

b) Ernährung

Ich ernähre mich überwiegend

- vegetarisch/vegan
- „normal“
- vollwertig (Vollwertkost)

Pro Woche verzehre ich etwa

Gramm rohes Obst, Salat, Gemüse.

Bitte kreuzen Sie an:

- | | | |
|--|----|------|
| 1. Ich fühle mich oft müde und bin schnell erschöpft | Ja | Nein |
| 2. Ich habe mindestens eine Allergie. | Ja | Nein |
| 3. Ich brauche oft Zwischenmahlzeiten oder Snacks, um mich nicht unterzuckert zu fühlen. | Ja | Nein |
| 4. Ich vertrage Medikamente oft nicht gut und kann Narkosemittel nur langsam abbauen. | Ja | Nein |
| 5. Ich habe Hautprobleme (Akne, juckende schuppige Haut). | | |
| 6. Ich vertrage Sonnenlicht schlecht, bin schnell geblendet und schlapp nach einem Tag in der Sonne. | Ja | Nein |
| 7. Ich vertrage Alkohol schlecht. | Ja | Nein |
| 8. Ich vertrage Koffein schlecht. | Ja | Nein |
| 9. Ich habe manchmal Migräne. | Ja | Nein |
| 10. Ich vertrage einige Lebensmittel nicht. | Ja | Nein |
| 11. Ich habe immer wieder Magen-/Darmbeschwerden oder leide unter einem Reizdarm. | Ja | Nein |
| 12. Ich bin sehr gelenkig. | Ja | Nein |
| 13. Mein Gesicht bräunt im Sonnenlicht schlechter als mein Körper. | Ja | Nein |
| 14. Ich kann schlecht abnehmen bzw. zunehmen (Bei Über- bzw. Untergewicht) | Ja | Nein |
| 15. Ich habe oft Infekte (bei Frauen auch Blasenentzündungen) | Ja | Nein |
| 16. Ich bin sehr sensibel (hochsensibel) | Ja | Nein |
| 17. Ich habe mindestens eine große Leidenschaft | Ja | Nein |
| 18. Ich bevorzuge Tätigkeiten die produktiv sind | Ja | Nein |
| 19. Ich bin perfektionistisch aber nicht unbedingt ordentlich. | Ja | Nein |
| 20. Ich habe einen hohen Anspruch an mich selbst. | Ja | Nein |
| 21. Ich bin oft ungeduldig. | Ja | Nein |

- | | | |
|---|----|------|
| 22. Ich habe eine ausgeprägte Hilfsbereitschaft. | Ja | Nein |
| 23. Ich habe immer wieder depressive Episoden. | Ja | Nein |
| 24. Ich leide unter Angst und /oder Panikattacken. | Ja | Nein |
| 25. Mir ist schnell alles zu viel, meine Belastbarkeit ist gering. | Ja | Nein |
| 26. Ich habe manchmal Schwierigkeiten mich zu konzentrieren.(schlechtes Kurzzeitgedächtnis) | Ja | Nein |
| 27. Eines oder mehrere meiner Familienmitglieder leiden unter psychischen Beschwerden wie Depressionen, Angst- und Panikattacken oder Suchtverhalten. | Ja | Nein |
| Für Frauen: | | |
| 28. Ich habe Zyklusbeschwerden und/oder leide unter PCOS. | Ja | Nein |
| 29. Ich habe einen Progesteronmangel/Östrogenüberschuss. | Ja | Nein |
| 30. Während der Schwangerschaft war mir oft und lange (über 12 Wochen hinaus übel.) | Ja | Nein |
| 31. Ich leide unter Stimmungsschwankungen vor der Periode. | Ja | Nein |
| 32. Ich habe eine untypische Körperbehaarung (vermehrter Haarwuchs an Kinn und Oberlippe) | Ja | Nein |

Ihr Ergebnis: Anzahl Ja Nein

Bitte senden Sie den Fragebogen an linikpraxisvitalinternational sarls@web.de