

Strukturierte Dokumentation des Krankheitsverlaufs

Angaben zur Person

Vorname, Nachname:

Geburtsdatum – optional:

Erstellt am:

Stand der Angaben:

Berücksichtigter Zeitraum:

von _____ bis _____

Version:

Optional – bei der Erstellung unterstützt durch:

Wichtige Hinweise

Diese Chronologie dient der **strukturierten Darstellung des zeitlichen Krankheitsverlaufs und der Zuordnung vorhandener Belege**.

Sie stellt **keine medizinische oder rechtliche Bewertung eines Ursachenzusammenhangs** dar.

Dokumentierte Tatsachen, eigene Erinnerungen und Angaben anderer Personen werden voneinander unterschieden.

Unsichere oder nur ungefähr bekannte Daten werden ausdrücklich als solche gekennzeichnet.

Die zeitliche Abfolge von Impfung und Beschwerden beweist für sich allein keinen ursächlichen Zusammenhang.

Quellenkennzeichnung

Bitte kennzeichnen Sie möglichst jeden Eintrag mit einem oder mehreren dieser Kürzel:

[D] Dokumentiert

Die Angabe lässt sich durch einen vorhandenen Beleg nachvollziehen.

Beispiel: **[D] Arztbrief Kardiologie vom 08.06.2022, S. 2 – Anlage 04**

[E] Eigene Erinnerung

Die Angabe beruht auf Ihrer eigenen Erinnerung.

Beispiel: **[E] Nach meiner Erinnerung erstmals ungefähr Mitte März 2022 aufgetreten.**

[A] Angabe anderer Person

Die Information stammt von einer anderen Person.

Beispiel: **[A] Beobachtung meiner Partnerin**

Mehrere Kennzeichnungen können kombiniert werden. Beispiel: **[D] + [E]**

Der Quellenstatus sagt **nicht**, ob eine Angabe wahr oder falsch ist. Er zeigt lediglich, **woher die Information stammt**.

Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist

Bitte keine scheinbar exakten Daten ergänzen. Schreiben Sie stattdessen zum Beispiel:

- ca. 18.03.2022
- Mitte März 2022
- Ende März 2022
- zwischen 15.03. und 20.03.2022
- Datum nicht mehr sicher rememberlich

Ungefähr, aber korrekt gekennzeichnet ist besser als ein nachträglich geschätztes exaktes Datum.

CHRONOLOGIE

1. Gesundheitszustand vor der Impfung

Dieser Abschnitt dient dazu, den gesundheitlichen Ausgangszustand vor der Impfung festzuhalten. Es müssen nur **relevante und bekannte Angaben** aufgenommen werden.

Relevante Vorerkrankungen

Bereits bestehende Beschwerden oder Einschränkungen

Regelmäßig eingenommene Medikamente

Relevante ärztliche Befunde vor der Impfung

Quelle / Beleg:

Alltag und Funktionsfähigkeit vor der Impfung

Zum Beispiel Arbeit, Haushalt, Mobilität, Sport, soziale Aktivitäten oder Hilfebedarf.

2. Angaben zur Impfung

Impfung 1

Datum:

Impfstoff:

Chargenbezeichnung:

Impfstelle:

Quelle / Beleg:

Anlage:

Impfung 2 – falls zutreffend

Datum:

Impfstoff:

Chargenbezeichnung:

Impfstelle:

Quelle / Beleg:

Anlage:

Weitere Impfung – falls zutreffend

Datum:

Impfstoff:

Chargenbezeichnung:

Impfstelle:

Quelle / Beleg:

Anlage:

3. Krankheits- und Symptomchronologie

So wird die Tabelle ausgefüllt

Es ist **keine tägliche Dokumentation** erforderlich. Tragen Sie vor allem relevante Ereignisse ein, zum Beispiel:

- erstmaliges Auftreten eines neuen Symptoms,
- deutliche Verschlechterung,
- Arzttermin,
- Krankenhausaufnahme,
- wichtige Untersuchung,
- auffälliger Befund,
- neue Diagnose,
- Beginn oder Änderung einer Therapie,
- deutliche Veränderung der Belastbarkeit oder Alltagsfunktion.

Sie müssen nicht jede Spalte ausfüllen. **Ein Ereignis pro Zeile genügt.**

Datum / Zeitraum	Ereignis	Symptome / Veränderung	Arzt / Klinik / Stelle	Befund / Diagnose	Quelle / Beleg	Anlage	Auswirkung auf den Alltag	Anmerkung

4. Orientierungspunkte

Die folgenden Abschnitte können helfen, wenn die große Tabelle zu unübersichtlich ist. Sie sind **freiwillig**.

Erste gesundheitliche Veränderung nach der Impfung

Datum / Zeitraum:

Was hat sich verändert?

Quelle:

☐ [D] dokumentiert ☐ [E] eigene Erinnerung ☐ [A] Angabe anderer Person

Beleg / Anlage:

Erste ärztliche Abklärung

Datum:

Arzt / Klinik:

Anlass:

Befund / Ergebnis:

Quelle / Anlage:

Erste deutliche Verschlechterung

Datum / Zeitraum:

Was hat sich verändert?

Auswirkung auf den Alltag:

Quelle / Anlage:

Wichtige Diagnose

Datum:

Diagnose:

Arzt / Klinik:

Dokument / Anlage:

Krankenhausaufenthalt

Zeitraum:

Krankenhaus:

Grund:

Wesentliche Befunde / Diagnosen:

Anlage:

5. Symptome und Diagnosen richtig unterscheiden

Symptome / eigene Wahrnehmungen

In dieses Feld gehören beispielsweise:

- Schwindel
- Herzrasen
- Kopfschmerzen
- Schwäche
- Schmerzen
- Konzentrationsprobleme
- Belastungsintoleranz
- Schlafprobleme

Solche Angaben dürfen auf eigener Wahrnehmung beruhen. Kennzeichnen Sie sie gegebenenfalls mit **[E]**.

Befunde / Diagnosen

Hier sollten nur medizinisch dokumentierte Feststellungen stehen.

Beispiel:

Befund: „Sinustachykardie im Langzeit-EKG“

Diagnose: „POTS, Arztbrief Klinik X vom ...“

Wenn in einem Arztbrief lediglich steht: **„Verdacht auf ...“** sollte dies auch in der Chronologie nur als **„Verdacht auf ...“** wiedergegeben werden.

Eigene Diagnosevermutungen

Eigene Vermutungen sollten nicht als gesicherte Diagnose eingetragen werden. Falls erforderlich: **„Eigene Vermutung – nicht ärztlich diagnostiziert.“** Am besten gehört dies in die Spalte **Anmerkung**.

6. Auswirkungen auf den Alltag

Beschreiben Sie Veränderungen möglichst **konkret und beobachtbar**.

Beispiele

- ☐ Gehstrecke deutlich reduziert
- ☐ längeres Stehen nicht mehr möglich
- ☐ längeres Sitzen nicht mehr möglich
- ☐ Einkaufen nur noch mit Unterstützung
- ☐ Haushalt nur noch teilweise möglich
- ☐ Hilfe bei Körperpflege oder Anziehen erforderlich
- ☐ Arbeitszeit reduziert
- ☐ arbeitsunfähig
- ☐ Schule / Studium eingeschränkt

- ☐ soziale Aktivitäten deutlich reduziert
- ☐ Sport / frühere Freizeitaktivitäten nicht mehr möglich
- ☐ regelmäßige Ruhepausen erforderlich
- ☐ nach Belastung deutliche Verschlechterung
- ☐ zeitweise überwiegend liegend / bettlägerig
- ☐ sonstige Veränderung:

Konkrete Beschreibung

Seit wann ungefähr?

Quelle / Beleg – falls vorhanden:

7. Umgang mit widersprüchlichen Angaben

Unterschiedliche Angaben sollten **nicht nachträglich angeglichen oder verborgen** werden.

Wenn sich Ihre Erinnerung und ein Dokument unterscheiden, können beide Angaben festgehalten werden.

Beispiel

Eigene Erinnerung [E]: Beschwerden begannen Ende März 2022.

Arztbrief [D]: Arztbrief vom 10.06.2022 nennt April 2022 als Beginn.

Anmerkung: Die Angaben zum genauen Symptombeginn weichen voneinander ab.

Eigene Angaben [E]:

Dokumentierte Angabe [D]:

Anmerkung:

8. Später rekonstruierte Ereignisse

Wenn ein Datum erst später anhand anderer Unterlagen rekonstruiert wurde, sollte dies kenntlich gemacht werden.

Beispiel: „Datum nachträglich anhand von Kalender, E-Mail und Arzttermin rekonstruiert.“

Ereignis:

Rekonstruierter Zeitraum:

Grundlage der Rekonstruktion:

9. Anlagenverzeichnis

Wichtige Dokumente sollten möglichst eine eindeutige Anlagennummer erhalten.

Beispiel

Anlage 01 – Impfnachweis vom 12.05.2021

Anlage 02 – Hausarztakte, Eintrag vom 17.05.2021

Anlage 03 – Laborbefund vom 21.05.2021

Anlage 04 – Arztbrief Kardiologie vom 08.06.2021

Anlage	Dokument	Datum	Arzt / Klinik / Stelle	Bemerkung
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

10. Änderungsprotokoll

Spätere Ergänzungen oder Korrekturen sollten nachvollziehbar bleiben. Es ist nicht erforderlich, wegen jeder kleinen Ergänzung eine völlig neue Chronologie zu beginnen.

Beispiel

Version	Datum	Änderung	Grund / neue Quelle
1.0	10.08.2026	erste Fassung	–
1.1	18.08.2026	Datum eines Arzttermins korrigiert	Arztbrief erhalten
1.2	25.08.2026	Laborbefund ergänzt	neue Unterlage

Eigenes Änderungsprotokoll

Version	Datum	Änderung	Grund / neue Quelle

11. Aktueller Stand – optional

Dieser Abschnitt kann genutzt werden, wenn eine kurze Zusammenfassung des aktuellen Zustands hilfreich ist.

Aktuell besonders relevante Beschwerden

Aktuell dokumentierte Diagnosen

Aktuelle medizinische Behandlung

Aktuelle Auswirkungen auf den Alltag

Aktuelle Arbeits- / Leistungsfähigkeit – falls relevant

Aktueller Hilfebedarf – falls relevant

HINWEISE UND RECHTSGRUNDLAGEN

12. Kurze Hinweise zur Verwendung

Muss ich jeden Tag dokumentieren?

Nein. Diese Chronologie ist kein tägliches Symptomtagebuch. Dokumentieren Sie vor allem relevante Veränderungen, Untersuchungen, Befunde und andere wichtige Ereignisse.

Muss die Chronologie vollständig sein?

Nein. Sie müssen keine Erinnerungslücken durch Vermutungen schließen. Eine unvollständige, aber transparent gekennzeichnete Chronologie ist besser als eine scheinbar vollständige Darstellung mit unsicheren Angaben.

Was mache ich, wenn ich ein Datum nicht mehr genau weiß?

Nutzen Sie Formulierungen wie:

- „ca.“
- „Mitte Mai“
- „Ende Juni“
- „zwischen ... und ...“
- „nicht mehr sicher rememberlich“

Erfinden Sie kein genaues Datum.

Was bedeutet „erstmals dokumentiert“?

Wenn ein Symptom am 10. Juni erstmals in einer Patientenakte erscheint, bedeutet dies nur: **Es wurde am 10. Juni erstmals in den vorliegenden Unterlagen dokumentiert.** Es bedeutet nicht automatisch: **Das Symptom begann erst am 10. Juni.**

Was mache ich, wenn ich mich anders erinnere als es im Arztbrief steht?

Tragen Sie beide Angaben ein und kennzeichnen Sie deren Herkunft. Zum Beispiel: **[E] eigene Erinnerung:** Ende März — **[D] Arztbrief:** April

Darf ich Befunde zusammenfassen?

Ja, aber medizinische Aussagen sollten möglichst korrekt wiedergegeben werden. Aus „**Verdacht auf POTS**“ darf beispielsweise nicht „**POTS gesichert**“ werden.

Soll ich Originalunterlagen verändern?

Nein. Bewahren Sie Originalunterlagen möglichst unverändert auf. Die Chronologie verweist auf die Originale. Eigene Markierungen oder Kommentare sollten gegebenenfalls nur in eindeutig gekennzeichneten Arbeitskopien erfolgen.

Muss ich unterschreiben?

Eine Unterschrift ist für eine solche Chronologie nicht allgemein gesetzlich vorgeschrieben. Sie kann bei einer abgeschlossenen Fassung sinnvoll sein, um kenntlich zu machen, von wem diese Fassung stammt. Eine Unterschrift beweist jedoch **nicht automatisch die objektive Richtigkeit sämtlicher Angaben**.

Muss ich etwas an Eides statt versichern?

Nein. Diese Vorlage enthält bewusst **keine eidesstattliche Versicherung**.

13. Hinweise bei ME/CFS, Fatigue oder PEM

Die Erstellung der Chronologie soll **keine zusätzliche erhebliche gesundheitliche Belastung verursachen**. Sie müssen die Vorlage nicht an einem Tag fertigstellen.

Mögliche Erleichterungen

- ☐ nur ein oder zwei Ereignisse pro Sitzung eintragen
- ☐ vorhandene Dokumente direkt übernehmen statt aus der Erinnerung rekonstruieren
- ☐ Unterstützung durch eine vertraute Person nutzen
- ☐ Spracheingabe verwenden
- ☐ Pausen einlegen
- ☐ nur besonders relevante Ereignisse dokumentieren
- ☐ nicht jeden einzelnen Symptomtag erfassen

Ihre gesundheitlichen Belastungsgrenzen haben Vorrang vor einer möglichst umfangreichen Dokumentation.

14. Wichtig zum Beweiswert

Diese Chronologie kann helfen,

- den Krankheitsverlauf übersichtlich darzustellen,
- Beweismittel zuzuordnen,
- Arztberichte und Befunde schneller auffindbar zu machen,
- eigene Erinnerungen transparent zu kennzeichnen,
- widersprüchliche Angaben sichtbar zu machen.

Sie ist jedoch **kein ärztlicher Befund und kein medizinisches Gutachten**.

Eine eigene Erinnerung ist nicht dasselbe wie ein zeitnah dokumentierter medizinischer Befund.

Eine dokumentierte Diagnose zeigt zunächst, dass diese Diagnose gestellt beziehungsweise dokumentiert wurde.

Auch eine unterschriebene Chronologie beweist nicht automatisch, dass sämtliche geschilderten Tatsachen objektiv zutreffen.

Besonders wichtig

Die zeitliche Reihenfolge von Impfung und gesundheitlichen Beschwerden beweist für sich allein keinen medizinischen oder rechtlichen Ursachenzusammenhang.

Die Chronologie dient dazu, Tatsachen, Erinnerungen und Belege nachvollziehbar zu ordnen. Die medizinische und rechtliche Bewertung eines möglichen Ursachenzusammenhangs erfolgt unabhängig davon.

OPTIONALER ABSCHLUSS EINER FERTIGGESTELLTEN FASSUNG

Version:

Stand:

Ort, Datum:

Optional – Unterschrift:

Die Unterschrift kennzeichnet, von wem diese Fassung der Chronologie stammt. Sie ist **keine eidesstattliche Versicherung**.

Hinweis zur Vorlage:

Diese Vorlage dient der strukturierten Dokumentation des eigenen Krankheitsverlaufs und der Zuordnung vorhandener medizinischer und sonstiger Belege. Sie ersetzt keine individuelle medizinische oder rechtliche Beratung.

Rechtsstand: August 2026