

**Checkliste (Erstvorstellung)**

<b>Name</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift</b>	
<b>Telefon-Nummer:</b>	<b>privat:</b> _____ <b>dienstlich:</b> _____ <b>Handy:</b> _____
<b>Zweite Kontaktadresse / e-mail-Adresse</b>	

**Hausarzt:**

.....  
.....

**Diabetologe:**

.....  
.....

**Kardiologe:**

.....  
.....

**Wie sind Sie zu uns gekommen?:**

- vom Arzt geschickt; Name: .....
- Zeitungsannonce, welche Zeitung?: .....
- Internet       Bekannte/Verwandte

**Haben Sie bereits an einer Studie teilgenommen?**

- Nein
- Ja: Welche? .....
- Bis wann? .....

**Familienanamnese:**

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Diabetes/Altersdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Genußmittelanamnese:**

Rauchen :  ..... Zigaretten pro Tag  früherer Raucher bis .....  Nein  
Alkohol:  regelmäßig  gelegentlich  Nein

**Bei Ihnen diagnostizierte Erkrankungen (Bitte Zutreffendes ankreuzen + Datum angeben):**

Typ-1-Diabetes seit: .....  Typ-2-Diabetes seit: .....  
 Hypertonie (Bluthochdruck) seit: .....  
 Fettstoffwechselstörung seit: .....  
 erhöhte Harnsäurewerte seit: .....  Gichtanfall, wann: .....  
koronare Herzkrankheit  
 Angina pectoris (Brustenge) seit: .....  Herzinfarkt (auch stumm), wann: .....  
 Aufweitung /Stent, wann: .....  Bypass-OP am Herzen, wann: .....  
 Herzinsuffizienz (-schwäche) seit .....  
 Vorhofflimmern seit: .....  andere Herzrhythmusstörungen, seit .....

Wichtige Untersuchungen am Herzen:

Herzkatheter, wann .....  Myokardszintigraphie, wann .....  Herzultraschall, wann .....  
 Schlaganfall wann: .....  
 Veränderungen an Halsgefäßen seit: .....  Operation, wann ....  
 „Schaufensterkrankheit“ seit: .....  Operation, wann: .....  
 Schlafapnoe-Syndrom seit: .....  mit Maske  ohne Maske  
 Lungenerkrankungen seit: ..... welche: .....  
 Lebererkrankungen (z.B. Fettleber) seit: ..... welche: .....  
 Gallensteine seit: .....  Gallenblasenentfernung, wann: .....  
 Magen-Darm-Erkrankungen seit: ..... welche: .....  
 Nierenerkrankungen seit: ..... welche: .....  
 Prostataerkrankungen seit: ..... welche: .....  
 Schilddrüsenerkrankungen seit: ..... welche: .....  
 chronische Gelenkerkrankungen seit: ..... welche: .....  
(z.B. Arthrose, Rückenschmerzen, Rheuma)  
 OP, Unfälle, Knochenbrüche wann: ..... welche: .....  
 Osteoporose seit: .....  
 bösartige Tumore („Krebs“) (seit) wann: ..... welche: .....  
 Blutkrankheiten seit: ..... welche: .....

- Epileptische Anfälle seit: .....
- Depression seit: .....
- Augenerkrankungen seit: ..... welche: .....
- Allergien welche: .....
- Medikamentenunverträglichkeit seit: ..... welche: .....
- Sonstige** (bisher nicht genannte Erkrankungen): seit: ..... welche: .....
- seit: ..... welche: .....
- keine der angegebenen Erkrankungen**

**Für Frauen - Gynäkologische Anamnese:**

- Verhütungs-„Pille“     Spirale     Sterilisation     Sonstige Verhütung
- Unterleibs-OP wann: ..... welche: .....
- Wechseljahre (Menopause) seit: .....     aktuelle Hormonpräparate: .....

**Nur für Diabetiker** (Hinweise auf Folgeerkrankungen/Komplikationen)

	Ja	seit	ggf. welche
Augenkomplikationen (Lasertherapie)			
Nierenkomplikationen/Eiweiß im Urin			
Fußkomplikationen („offene Beine“)			
Nervenstörungen (Taubheit, „Kribbeln“)			
Chronische Nervenschmerzen			
Potenzstörungen			
Neigung zu Unterzuckerungen			

**Welche Medikamente nehmen Sie?**

keine Medikamente

Medikamentenname (einschl. Insulin)	Dosierung	Seit wann?	Indikation/wofür?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

**Einwilligung Datenschutz**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine vertraulichen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Bestimmungen zum anwendbaren Datenschutz erhoben, elektronisch gespeichert und für die Teilnahme an klinischen Studien von Mitarbeitern des Studienzentrums gescreent werden.

Für den Fall, dass der Einschluss in eine klinische Studie für mich in Frage kommt, stimme ich zu, dass meine Daten an das entsprechende Studienzentrum übermittelt werden und ich schriftlich/telefonisch über die Möglichkeit der Teilnahme informiert werde.

Datum:.....

Unterschrift:.....

**Angaben werden vom Personal des Studienzentrums eingetragen**

Größe:

Gewicht:

Taille:

Hüfte:

RR:

HF: