

ANAMNESEBOGEN	Centrum für Diagnostik und Gesundheit – CDG - Studienambulanz / Praxis Helene-Mayer-Ring 14, 80809 München 089-35819977 (Anmeldung/AB)
Interne Vermerke	

Bitte antworten Sie so genau wie es Ihnen möglich ist!

Angaben zu Ihrer Person	
Name:	Vorname:
Straße:	
PLZ/ Ort:	Geburtsdatum: __/__/__

E-Mail-Adresse (Wichtig für die Terminabsprache) :
Unter folgender Telefonnummer bin ich erreichbar :
Zu diesen Zeiten bin ich gut erreichbar:

Allgemeine Angaben			
Wie groß sind Sie?	cm	Wie schwer sind Sie?	kg
Rauchen Sie zurzeit?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wieviel Flüssigkeit nehmen Sie ungefähr pro Tag zu sich? (Bitte alle Getränke angeben: z.B. Wasser, Saft, Bier, Wein, etc.)			_____ Liter pro Tag
Trinken Sie auch alkoholische Getränke? (Bitte machen Sie auch Angaben, wenn Sie in „ganz normalem Maße“ Alkohol zu sich nehmen!).			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, geben Sie bitte an, wieviel Sie durchschnittlich pro Woche zu sich nehmen			
Bier	__ Liter pro Woche	Wein	__ Liter pro Woche
		Hochprozentiges (z.B. Schnaps)	_____
Nehmen Sie zurzeit an einer anderen Studie teil?			Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Einnahme von Medikamenten				
Haben Sie zu einem Zeitpunkt in der Vergangenheit ein Medikamente eingenommen oder Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?				
Name Grund	von	bis	Zur Zeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Name Grund	von	bis	Zur Zeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Name Grund	von	bis	Zur Zeit	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Weitere Fragen zu Ihrer Gesundheit			
Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?			
	Nein	Ja	Bemerkungen
Thrombose oder Embolie? (Thrombembolie) Wo am Körper:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche: _____ Wann: _____
Allergien? (Bitte denken Sie auch an Allergien gegen Medikamente!)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche? _____ Seit wann:.....
Herz-Kreislauf-Erkrankungen? Welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Bluthochdruck?			Seit wann? _____

Weitere Fragen zu Ihrer Gesundheit			
Haben oder hatten Sie folgende Erkrankungen?	Nein	Ja	Bemerkungen
Erhöhte Blutfettwerte (Cholesterin)? Werte:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Diabetes (Zuckerkrankheit)? Welche:.....(Typ 1 oder Typ 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magen- oder Darm-Erkrankungen? Welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Leber- oder Galle-Erkrankungen (z.B. Hepatitis)? Welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Nieren-Erkrankungen bzw. Nierensteine? Welche:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Lungen-Erkrankungen? Welche:.....(z.B. Asthma, COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann? _____
Schilddrüsenerkrankung? Welche:.....(z.B.:Über- o. Unterfunktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Skelett Erkrankung? Welche:.....(z.B. Skelett- WS-Anomalien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Sonstige Erkrankungen? Welche:..... (z.B.: HBs-Antigen, Anti-VHC-AK, Anti-HIV-AK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seit wann? _____
Wurden Sie zu irgendeinem Zeitpunkt operiert? Wenn ja, wann und warum?			
Wann?		Grund bzw. Art der Operation	
Monat:	Jahr:		
Monat:	Jahr:		
Monat:	Jahr:		
Betreiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welchen Sport (Kraft, Ausdauer Spiel, anderes)			
1. Sportart:Seit.....Wie oft / Wo:.....; Std /Woche.....			
2. Sportart:Seit.....Wie oft / Wo:.....; Std /Woche.....			
Aufbewahrung Ihrer Angaben			
Um anhand Ihrer Angaben beurteilen zu können, ob wir Sie in die Studie aufnehmen können und zur Weiterbearbeitung Ihrer Angaben ist es erforderlich, Ihre Daten elektronisch zu speichern. Hierfür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis. Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergegeben und nur im Rahmen dieser Studie aufbewahrt.			
Wir möchten Sie bitten, mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis zur Speicherung dieser Daten zu bestätigen.			
<p>Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben im Rahmen dieser Studie elektronisch gespeichert werden. Die Daten werden bis zum Ende meiner Beteiligung an dieser Studie gespeichert.</p>			
.....		
Datum		Unterschrift	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. Wir werden Ihre Angaben streng vertraulich behandeln, diese prüfen und Ihnen gegebenenfalls mitteilen, ob eine Studienaufnahme möglich ist.