

„Wirksamkeit verschiedener Omega-3-Fettsäureformulierungen auf den Omega-3-Status bei gesunden Probanden/-innen“

CRF Screening

Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent der Studie,

um zu beurteilen, ob Sie an unserer Studie teilnehmen können, benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt nur zu wissenschaftlichen Zwecken. Persönliche Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Versuchen Sie bitte, alle Fragen so genau wie möglich zu beantworten. Für evtl. Fragen, steht Ihnen Frau Milena Burhop gern telefonisch unter **017651770678** und **burhop@nutrition.uni-hannover.de** zur Verfügung.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen schnellstmöglich an folgende E-Mail Adresse zurück:

burhop@nutrition.uni-hannover.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die in diesem Fragebogen ermittelten Daten im Rahmen dieses Studienvorhabens vom Institut für Lebensmittelwissenschaft und Humanernährung, Leibniz Universität Hannover, für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden dürfen. Meine persönlichen Daten werden dabei in Übereinstimmung mit dem geltenden Datenschutzgesetz vertraulich behandelt.*

Vorname	
Nachname	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Wohnort	
Telefon Festnetz/Mobil	
E-Mail	

.....
Unterschrift der Probandin / des Probanden

***Noch ein Hinweis:** Diese Seite mit Ihren persönlichen Angaben wird vertraulich behandelt, vom Fragebogen abgetrennt und in einem verschlossenen Schrank aufbewahrt.

Fragen zur Kontaktaufnahme	
Über welchen Kommunikationsweg können wir Sie im Verlauf der Studie werktags am besten erreichen?	<input type="checkbox"/> Anruf <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Festnetz Uhrzeit: _____ <input type="radio"/> Mobiltelefon Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> Messenger Dienst <input type="checkbox"/> E-Mail
Fragen zur Person	
Geburtsdatum	I__I__I__I__I__I__I__I__I__I
AlterJahre
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet
Größe	I__I__I__I cm
aktuelles Gewicht (ohne Kleidung gemessen)	I__I__I__I kg
Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Volks-/ Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluss <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife
Welchen beruflichen Abschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> Ich habe keinen beruflichen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/> Lehre mit Berufsschul- oder Berufsfachschulabschluss

	<input type="checkbox"/> Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss <input type="checkbox"/> Fachschulausbildung <input type="checkbox"/> Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> Promotion
Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> nein, ich bin arbeitssuchend <input type="checkbox"/> nein, ich bin in Rente <input type="checkbox"/> ja, und zwar übe ich folgenden Beruf aus:
<u>Nur Frauen:</u> Sind Sie aktuell schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<u>Nur Frauen:</u> Sind Sie aktuell in der Stillzeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Fragen zu Erkrankungen	
Ist derzeit eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen bekannt?	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vorangegangener Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit, Herzfehler etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Tumorerkrankung, Krebs (in den letzten 5 Jahren)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Endokrine oder immunologische Erkrankungen (Morbus Crohn, Colitis)	<input type="checkbox"/> nein

Ulcerosa, rheumatoide Arthritis, Multiple Sklerose etc.)	<input type="checkbox"/> ja, und zwar
Lebererkrankungen (Hepatitis, Nicht-Alkoholische Fettleber, Leberzirrhose)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Chronische Magen-Darm-Erkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Pankreasinsuffizienz, Sprue)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Schilddrüsenerkrankung (Über-/ Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber keine Behandlung <input type="checkbox"/> ja, in medikamentöser Behandlung
Blutgerinnungsstörung (Bluterkrankheit) und Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z.B. Marcumar®) oder plättchenaggregationshemmender Medikamente	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergie, Nährstoffintoleranz (z.B. Fisch, Fischöl, Gelatine)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Erkrankungen	
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag?
Leiden Sie unter Bluthochdruck (> 140 systolisch und > 90 mmHg diastolisch)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Litten Sie jemals unter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Ist in den nächsten drei Monaten eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar
--	--

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Bitte geben Sie in nachstehender Tabelle alle rezeptpflichtigen sowie nicht verschreibungspflichtigen **Medikamente** an, die Sie derzeit einnehmen.

Hinweis für Frauen: Bitte denken Sie auch an die Einnahme **oralen Kontrazeptiva** („Pille“) bzw. an die Einnahme von Hormonersatzpräparaten.

Name des Medikaments	Grund der Einnahme (bei Kenntnis)	Einnahme seit	Dosierung
<i>z.B. OMEP 20 mg</i>	<i>Entzündung der Speiseröhre</i>	<i>Anfang August 2015</i>	<i>morgens 1 Tablette</i>

Fragen zur Einnahme Nahrungsergänzungsmitteln, Nährstoffsupplementen, Probiotische Präparate/Lebensmittel?

Nehmen Sie derzeit **Nahrungsergänzungsmittel** ein?

- ja
 nein

Wenn ja, bitte nennen Sie den genauen Namen der Präparate, den Hersteller wie auch die jeweilige Dosierung!

Name des Präparates	Hersteller	Dosierung
<i>z.B. Magnesium Plus</i>	<i>Firma X,Y</i>	<i>3 x täglich 1 Tablette</i>

Fragen zum Ernährungsverhalten		
Haben Sie eine Abneigung gegenüber bestimmten Lebensmitteln?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar gegen
Wie ernähren Sie sich?	<input type="checkbox"/>	omnivor (Mischkost)
	<input type="checkbox"/>	vegetarisch
	<input type="checkbox"/>	vegan
Essen Sie Fleisch?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
Essen Sie Fisch?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
Wie oft verzehren Sie pro Monat Fisch?	<input type="checkbox"/>	Nie
	<input type="checkbox"/>	selten (1 x)
	<input type="checkbox"/>	manchmal (2-3 x)
	<input type="checkbox"/>	regelmäßig (4-5 x)
	<input type="checkbox"/>	häufig (6-7 x)
Was für Fisch essen Sie in der Regel?		
Essen Sie Milchprodukte / trinken Sie Milch?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
Essen Sie Eier?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja
Verzehren Sie regelmäßig Leinsamen, Leinsamenöl, Chiasamen, Wanüsse oder Walnussöl?	<input type="checkbox"/>	nein
	<input type="checkbox"/>	ja, und zwar

<p>Verzehren Sie Cholesterolspiegel-senkende Lebensmittel wie z.B. Margarine, Joghurt (z.B. becel proactiv®, Benecol®)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar</p>
Allgemeine Fragen zur Studienteilnahme	
<p>Nehmen Sie derzeit an einer anderen klinischen Studie teil?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Haben Sie in den letzten 30 Tagen an einer klinischen Studie teilgenommen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Ist in den nächsten Monaten ein Urlaub geplant?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar</p>
<p>Spenden Sie regelmäßig Blut?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, meine letzte Spende war am:</p>
<p>Sind Sie bereit, an zwei Untersuchungsterminen eine Blutentnahme durchführen zu lassen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Sind Sie bereit, über 12 Wochen täglich Omega-3-Fettsäure Kapseln einzunehmen?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Wie sind Sie auf die Studie aufmerksam geworden?</p>	
Erfassung des Bewegungsverhaltens	
<p>Wie aktiv sind Sie an einem durchschnittlichen Tag?</p>	<p><input type="checkbox"/> ich bin 1 Stunde oder mehr pro Tag aktiv <input type="checkbox"/> ich bin ½ bis 1 Stunde pro Tag aktiv <input type="checkbox"/> ich bin weniger als ½ Stunde pro Tag aktiv</p>
<p>Waren Sie innerhalb der <u>letzten 24 Monate</u> regelmäßig sportlich aktiv?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Sportart:</p>

Screening-Nummer: I__I__I__I

	<input type="checkbox"/> Häufigkeit/Woche: <input type="checkbox"/> Zuletzt ausgeübt:
--	--

**Herzlichen Dank
für Ihre Teilnahme!**