

Studie „Einfluss magnesiumreicher Mineralwässer auf Parameter des Glukosestoffwechsels bei Diabetes mellitus Typ 2“

CRF Screening

Aufnahmefragebogen

Sehr geehrte Interessierte 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, stehe ich, Julius Schuster, Ihnen gerne unter **0177 – 478 90 48** sowie unter folgender E-Mail-Adresse: **schuster@nutrition.uni-hannover.de** zur Verfügung.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen schnellstmöglich an mich zurück!

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 (tagsüber)	
E-Mail	

***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"/> Messengerdienst: <input type="checkbox"/> E-Mail
Fragen zur Person	
Geburtsdatum	_ _ / _ _ / _ _
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Größe	_ _ _ cm
Gewicht (aktuell, ohne Kleidung)	_ _ _ kg
Rauchen Sie (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife)?	<input type="checkbox"/> nein, ich habe noch nie geraucht <input type="checkbox"/> nein, ich habe mit dem Rauchen aufgehört und zwar seit Jahr(en) <input type="checkbox"/> ja, und zwar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> 1 bis weniger als 10 Stück täglich <input type="checkbox"/> 10 bis weniger als 20 Stück täglich <input type="checkbox"/> mehr als 20 Stück pro Tag
<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	
Leiden Sie derzeit unter einer der folgenden Erkrankungen?	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja, Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> ja, Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> nein
Bei Diabetes Typ 2: Erhalten Sie eine Insulintherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Behandeln Sie ihren Diabetes mit oralen Antidiabetika (z.B. Metformin) oder mit Nahrungsmittelbestandteilen, die die Blutzuckerkontrolle und Insulinempfindlichkeit beeinflussen (z.B. isolierte Ballaststoffe wie Guarkernmehl, Pektine, Flohsamenschalen)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar mit _____ Falls ja: Erfolgte eine Dosisanpassung (z.B. Erhöhung Metformin) in den letzten 2 Monaten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar am _____
Bluthochdruck > 160 mmHg systolischer Blutdruck und > 100 mmHg diastolischer Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber keine Behandlung <input type="checkbox"/> ja, in medikamentöser Behandlung
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (vorangegangener Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit 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
Lebererkrankungen (Hepatitis, Leberzirrhose)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Chronische Magen-Darm-Erkrankung (Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Pankreasinsuffizienz, Sprue)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <hr/>
Blutgerinnungsstörung (Bluterkrankheit) und/oder Einnahme gerinnungshemmender Medikamente (z.B. Marcumar)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alkohol-, Drogen- und/oder Medikamentenabhängigkeit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Andere Erkrankungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <hr/>
Wurde bei Ihnen eine Operation am Herzen (Stent, Bypass, Herzschrittmacher) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <hr/>
Ist in den nächsten sechs Monaten eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar am <hr/>
Hatten Sie (im letzten Monat) eine mittels Antigentest oder PCR-Test nachgewiesene Coronainfektion?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Fragen zur Einnahme von Medikamenten- und Nahrungsergänzungsmitteln

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

Hinweis für Frauen: Bitte denken Sie auch an die Einnahme **oraler 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 2013</i>	<i>morgens 1 Tablette</i>

Nehmen Sie derzeit regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein? Dies beinhaltet auch Mineralstoff-, Vitamin- oder Fischöl- bzw. Omega-3-Fettsäure-, Präparate in Form von Brausetabletten, Kautabletten oder Dragees.

nein

ja

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	
Wie ernähren Sie sich üblicherweise?	<input type="checkbox"/> Mischkost <input type="checkbox"/> vegetarisch <input type="checkbox"/> vegan <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Seit wann ernähren Sie sich so?	<input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> seit Jahr(en)
Wie viel trinken (inkl. Kaffee und Tee) Sie durchschnittlich jeden Tag?	<input type="checkbox"/> 0,5 bis 1 l täglich <input type="checkbox"/> 1,0 bis 1,5 l täglich <input type="checkbox"/> 1,5 bis 2,0 l täglich <input type="checkbox"/> 2,0 l bis 2,5 l täglich <input type="checkbox"/> > 2,5 l täglich <input type="checkbox"/> keine Angabe
Halten Sie krankheitsbedingt eine besondere Diät ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
Wenn ja, seit wann halten Sie diese Diät ein?	<input type="checkbox"/> seit Jahren
Bewegungsverhalten in der Freizeit	
Wie oft treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> <1 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> 1 bis <3 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> 3 bis <5 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> > 5 Std. pro Woche <input type="checkbox"/> keine Angabe

Allgemeine Fragen zur Studienteilnahme	
Haben Sie in den letzten 30 Tagen an einer weiteren klinischen Studie teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit an zwei Untersuchungstagen eine Blutabnahme durch ärztliches Personal und eine Blutdruck- und Pulsmessung mit einem automatischen Messgerät durchführen zu lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit an zwei Untersuchungstagen eine Messung der Gefäßfunktion durchführen zu lassen? Das dabei verwendete Gerät ähnelt einem Blutdruckmesser und erfolgt zum Teil liegend am Bein.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, an zwei Untersuchungstagen für 24 Stunden Ihren gesamten Urin eigenständig in bereitgestellte Behälter zu sammeln?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, täglich über 12 Wochen 2 bis 2,5 Liter des von uns bereitgestellten Mineralwassers zu sich zu nehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, über 12 Wochen täglich ein magnesiumarmes Vergleichs-Mineralwasser einzunehmen? Teilnehmer der Vergleichsgruppe erhalten ein Magnesiumsupplement nach Vollendung der Studie.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit während der Untersuchungen eine medizinische Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit sich an das Ihnen ausgehändigte Hygienekonzept zu halten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Wasserlieferung	
<p>Für die Untersuchungszeit von 12 Wochen erhalten Sie insgesamt 210 Liter Mineralwasser (420 x 0,5 Liter Flaschen), welches Ihnen bestenfalls in einer Lieferung zur Verfügung gestellt wird.</p> <p>Kann das gesamte Wasser bei Ihnen (z.B. im Keller) gelagert werden?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, alles kann auf einmal geliefert werden</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, Lieferung sollte jedoch in mehreren Einzellieferungen erfolgen.</p>

**Herzlichen Dank
für Ihre Teilnahme!**