

Studie „Wirkung von Nährstoffsupplementen mit Artischockenblattextrakt und Laktobazillen auf den LDL-Cholesterinspiegel bei Patienten mit LDL-Hypercholesterinämie“	
--	--

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, stehe ich, Felix Kerlikowsky, Ihnen gern telefonisch unter **0176/53778644** und unter folgender E-Mail-Adresse kerlikowsky@nutrition.uni-hannover.de zur Verfügung.

Bitte reichen Sie den ausgefüllten Fragebogen schnellstmöglich an uns 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 Person	
Geburtsdatum	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
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 <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
<u>Nur Frauen:</u> Sind Sie aktuell in den Wechseljahren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, noch nicht <input type="checkbox"/> nein, nicht mehr
Fragen zu Erkrankungen	
Leiden Sie derzeit unter einer der folgenden Erkrankungen?	
erhöhte Blutfettwerte, erhöhtes oder erniedrigtes Cholesterin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber keine Behandlung <input type="checkbox"/> ja, in medikamentöser Behandlung

<p>Wenn ja, welche Blutfettwerte sind erhöht bzw. erniedrigt? Falls vorhanden, bitte Werte (mit Datum) eintragen.</p>	<p><input type="checkbox"/> Gesamt-Cholesterin: _____ <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin: _____ <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin (erniedrigt): _____ <input type="checkbox"/> Triglyceride: _____ <input type="checkbox"/> nicht bekannt</p>
<p>Seit wann sind Ihre erhöhten Cholesterinspiegel bekannt?</p>	<p><input type="checkbox"/> jetzt erstmals diagnostiziert <input type="checkbox"/> seit mehreren Monaten bekannt <input type="checkbox"/> seit mehreren Jahren bekannt</p>
<p>Gibt es Anhaltspunkte dafür, dass es sich um eine familiäre Fettstoffwechselstörung handelt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>
<p>Wenn Ja: Welche Familienmitglieder haben Fettstoffwechselstörungen wie z.B. erhöhte Cholesterinspiegel?</p>	<p><input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Großeltern mütterlicherseits <input type="checkbox"/> Großeltern väterlicherseits</p>
<p>Wurde eine Genanalyse durchgeführt?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____</p>
<p>Bluthochdruck</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, aber keine Behandlung <input type="checkbox"/> ja, in medikamentöser Behandlung</p>
<p>Herz-Kreislaufkrankungen (vorangegangener Herzinfarkt, Schlaganfall, arterielle Verschlusskrankheit etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar</p>
<p>Diabetes mellitus</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2</p>

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
Operationen am Magen-Darm-Trakt (Magenverkleinerung, Resektion)	<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)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Allergie, Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar gegen
Antibiotikaeinnahme in den letzten drei Monaten	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar gegen
andere Erkrankungen	

Fragen zur Einnahme von Medikamenten- und Nahrungsergänzungsmitteln

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 2013</i>	<i>morgens 1 Tablette</i>

Nehmen Sie derzeit regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein? Dies beinhaltet auch Fischöl- bzw. Omega-3-Fettsäure-, Lebertran-, sowie Phytosterole-, Vitamin-, oder Mineralstoffpräparate 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 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 täglich <input type="checkbox"/> keine Angabe
Wie oft verzehren Sie pro Woche Fisch?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten (1x pro Woche) <input type="checkbox"/> manchmal (2 – 3x pro Woche) <input type="checkbox"/> häufig (4 – 5x pro Woche) <input type="checkbox"/> täglich (6 – 7x pro Woche)
Wie häufig verzehren Sie Obst und Gemüse (1Portion entspricht einer Handvoll Obst oder Gemüse bzw. einem Glas Obst- oder Gemüsesaft)?	<input type="checkbox"/> mehr als 5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> 3-5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> 1-2 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> weniger als 1 Portion pro Tag
Halten Sie krankheitsbedingt eine besondere Diät ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <input type="checkbox"/> Diät zur Gewichtsreduktion <input type="checkbox"/> fett-/ cholesterinreduzierte Kost (bei erhöhten Blutfettwerten) <input type="checkbox"/> kochsalzarme Kost (bei Bluthochdruck) <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ _____
Wenn ja, seit wann halten Sie diese Diät?	<input type="checkbox"/> seit Jahren

Allgemeine Fragen zur Studienteilnahme	
Sind Sie bereit, sich einer Screeninguntersuchung zur weiteren Einschätzung Ihrer Eignung zur Studienteilnahme zu unterziehen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, zu Studienbeginn und zum Ende der Studie je eine Untersuchung und Blutabnahme durchführen zu lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, während des Studienzeitraumes für 12 Wochen täglich zwei Tabletten zu einer Mahlzeit einzunehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, 2x (1x zu Beginn und 1x zu Studienende) eine Stuhlprobe abzugeben? <i>Die Abgabe der Stuhlprobe ist für die Studienteilnahme nicht zwingend nötig.</i>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in den letzten 30 Tagen an einer weiteren klinischen Studie teilgenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Herzlichen Dank
für Ihre Teilnahme!**