

Gesundheits-Check

vor Teilnahme an einer klinischen Prüfung

Name:..... Vorname..... geb. am:.....

Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen.

Vorgeschichte

Sind Sie zur Zeit

in ärztlicher Behandlung? nein ja wegen:

in zahnärztlicher Behandlung nein ja wegen:

Blutspender nein ja zuletzt:

Nehmen Sie Medikamente? nein ja welche:

Haben Sie Drogenerfahrung nein ja welche:

Rauchen Sie? nein ja was: wieviel:

Wieviel Alkohol trinken Sie? was: wie häufig?

Leiden Sie gelegentlich oder öfter unter einem der folgenden **Symptome**:

Fieber unklaren Ursprungs; Krämpfen; Allergien gegen Arbeitsstoffe, Pollen oder Arzneistoffe; Hautausschlag; geschwellenem Gesicht; Atembeschwerden; allergischen Schnupfen; wiederkehrenden Kopfschmerzen; Migräne; zu niedrigem Blutdruck; Magenschmerzen; Sodbrennen; Verstopfung oder Durchfall; Gelenkschmerzen

nein ja wenn ja: welche?

Sind Sie mal **ärztlich behandelt** worden wegen

Augenerkrankungen, Mittelohrentzündungen, Schilddrüsenerkrankungen, Tuberkulose, Lungen- oder Rippenfellentzündung; rheumatische Erkrankungen, Magen- oder Darmgeschwür; Zuckerkrankheit, Thrombosen, Gerinnungsstörungen, Gefäßerkrankungen, Schlaganfall, Bluterkrankungen, Gelbsucht, Lebererkrankungen, Nieren- oder Blasenentzündungen, Nierensteinen, nervösen Beschwerden wie Depressionen, Epilepsie, Psychose oder Schizophrenie; Bluthochdruck, Tropenkrankheiten oder anderen hier nicht genannten Erkrankungen?

nein ja wenn ja: welche?

Sind Sie mal zur **Behandlung in einem Krankenhaus** gewesen?

nein ja wenn ja: warum? wann?

Hatten Sie mal einen **Unfall**?

nein ja wenn ja: was? wann?

Sind Sie einmal **operiert** worden?

nein ja wenn ja: warum? wann?

Meine Angaben sind vollständig und wahrheitsgemäß.

Hamburg, den

(Unterschrift)

Untersuchungsbefund: (füllt Arzt/Ärztin aus!)

Gewicht: kg Größe cm, RR / mmHg Puls /min
Mund/Rachen: Gaumensegel gleichmäßig beweglich, reizlos
Zahnstatus: saniert ja / nein
Auge: Pupillen seitengleich, auf Licht reagierend und gleichsinnig folgend.
Brille: ja / nein
Lymphknoten: an Hals, Achselhöhle, Leisten keine Lymphknoten tastbar
Thorax: Herz und Lunge auskultatorisch o.B.
Abdomen: Leber, Milz, Resistenz im Bauchraum nicht tastbar
Niere: keine Beschwerden beim Wasserlassen, kein häufiges Wasserlassen
Arme: punktionsfähige Venen beidseits, keine Einstichstellen
Beine: keine Krampfadern, Pulse tastbar
Neurologie: keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen

Zweifel an der Fähigkeit, die Tragweite der Einverständniserklärung zu verstehen, bestehen nicht.

Hamburg, den

f:\qmh\iq\klifo\ero\met01-1.doc

Unterschrift: