

# 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: