

Studie „Einfluss eines Bicarbonat-Natrium-Mineralwassers auf den Säure-Basen-Status und die kardiovaskuläre Gesundheit“	
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, Katharina Mansouri, Ihnen gern telefonisch unter **0511/762-5931** sowie unter folgender E-Mail-Adresse: **mansouri@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 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
Fragen zu Erkrankungen	
Leiden Sie derzeit unter einer der folgenden Erkrankungen?	
Bluthochdruck	<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 <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/>

Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2
Tumorerkrankung, Krebs (in den letzten 5 Jahren)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar <hr/>
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 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 drei Monaten eine Operation geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar _____
--	--

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 **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 Fischöl- bzw. Omega-3-Fettsäure-, 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
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 drei 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 Arteriensteifigkeit durchführen zu lassen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, an drei Untersuchungstagen für 24 Stunden Ihren gesamten Urin eigenständig aufzufangen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Sind Sie bereit, täglich über 4 Wochen 1,5 – 2 Liter des von uns bereitgestellten Mineralwassers zu sich zu nehmen?	<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

**Herzlichen Dank
für Ihre Teilnahme!**