

Kontaktbogen* (BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN)

* Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Personen außerhalb der o. g. Klinik weitergegeben!

Waren Sie schon mal zu einer Untersuchung / Studienteilnahme in unserer Klinik? nein ja
Falls ja, wann? Studie

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

• Neurodermitis ja, seit nein

Haben Sie aktuell sichtbare Ekzeme? ja nein

Falls ja, an welchen Stellen?

Jahreszeiten, in denen die Neurodermitis besonders stark auftritt:

Frühjahr Sommer Herbst Winter

• allergischer Heuschnupfen ja, seit nein

Jahreszeiten, in denen der allergische Heuschnupfen besonders stark auftritt:

Frühjahr Sommer Herbst Winter

• Schuppenflechte ja, seit nein

Leiden Sie an anderen Erkrankungen?

z. B.: Herz/Kreislauf/Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Tumorerkrankung, chronische Infektionen

nein ja, bitte nennen

.....
.....
.....

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein bzw. machen Sie eine innerliche Therapie?

nein ja, bitte nennen sie **Handelsname** und **Dosierung**

.....
.....
.....

Rauchen Sie zurzeit Zigaretten oder haben Sie in der Vergangenheit geraucht?

nein ja, bitte nähere Angaben:

Raucher/in seit Jahr

Exraucher/in, geraucht von Jahr bis Jahr

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte beachten Sie auch die Einverständniserklärung auf Seite 2!

Einverständniserklärung zur Datenspeicherung*

Bitte drucken Sie den Fragebogen und die Einwilligungserklärung aus und unterschreiben Sie handschriftlich!

Ich habe die „[Ergänzende Information für Studienteilnehmer gemäß Europäischer Datenschutz-Grundverordnung \(DSGVO\)](#)“ gelesen.

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN.

Name:	.....	
Vorname:	.....	
Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Gewicht:	..... kg	Größe:	..... cm
Straße u. Hausnummer:	.....	
PLZ/Ort:	.....	.....
E-Mail:	.....	
Telefon, privat:	.....	
Telefon, mobil:	.....	
Telefon, dienstlich:	.....	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		
<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<input type="checkbox"/> Plakate/Flyer	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Empfehlung d. Bekannte	<input type="checkbox"/> Durch meinen Arzt (Name, Ort):	
<input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte nennen):		

Unser Studienangebot wird laufend aktualisiert. Sind sie daran interessiert, diese Aktualisierungen per E-Mail zu erhalten?	
<input type="checkbox"/> Ja, meine E-Mail-Adresse lautet:	<input type="checkbox"/> Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift – wie oben eingetragen – sowie meine Angaben zum Gesundheitszustand – wie auf dem Kontaktbogen angegeben – in der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Medizinische Hochschule Hannover, gespeichert werden. Meine Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen der Entscheidung, ob ich für eine Voruntersuchung (aktuell oder zu einem späteren Zeitpunkt) für eine Studie an der Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie eingeladen werden kann.	
Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.	
Ich kann meine Einwilligung jederzeit – auch ohne Begründung – sowohl schriftlich als auch mündlich widerrufen.	
.....
Ort, Datum	Unterschrift