

Patientenidentifikation

**Immundefektologie und experimentelle Allergologie,
OE 6600**

Leitung klinisches Studienteam: PD Dr. med. Annice Heratizadeh

Wiss. Studienkoordination:

Dr. rer. nat. Tatjana Honstein, Joëlle Naim, Nadine Domröse

Studienassistentz:

Olga Dell, Chris Kairies

Telefon: 0511 532 7663

Fax: 0511 532 161018

E-Mail: studien.idea@mh-hannover.de

MHH · OE 6600

Carl-Neuberg-Str. 1

30625 Hannover

Studien-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 Heuschupfen ja, seit _____ nein

Jahreszeiten, in denen der allergische Heuschupfen besonders stark auftritt:

Frühjahr Sommer Herbst Winter

Schuppenflechte ja, seit _____ nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

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

nein ja, bitte nennen

Nehmen Sie derzeit 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 3!

Einverständnis 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: _____ weiblich männlich

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon, privat: _____

Telefon, dienstlich: _____

Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden? Zeitungsanzeige Plakate / Flyer Internet Empfehlung d. Bekannte Durch meine/n Ärztin/Arzt (Name, Ort): _____ Sonstiges (bitte nennen): _____**Unser Studienangebot wird laufend aktualisiert. Sind Sie interessiert, diese Aktualisierung per E-Mail zu erhalten?** Ja, meine E-Mail-Adresse lautet: _____ 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