

BeCOME-Studie: Interessentenscreening

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent!

Vielen Dank, dass Sie an unserer BeCOME-Studie teilnehmen möchten! Um herauszufinden, ob Sie für eine Teilnahme an der Studie in Betracht kommen, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns im Vorfeld einige Angaben zu Ihrer Person machen und uns einige Fragen beantworten könnten.

Persönliche Informationen:

Name, Vorname	<input type="text"/>	Geb.Datum	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		
PLZ, Wohnort	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Telefon, e-Mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Ausfülldatum	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Bewerbung zur Teilnahme als	Patient/in	<input type="checkbox"/>		Kontrolle	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------	--------------------------	--	-----------	--------------------------

Fragen:

Sind Sie kurzsichtig?	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
Wie viele Dioptrien?	<input type="text"/>	
Besitzen und verwenden Sie Kontaktlinsen?	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie früher bereits an einer unserer MRT (Kernspin-)Studien teilgenommen?	ja	nein
Falls ja:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An welcher/n?	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	
Leiden Sie unter Platzangst?	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls ja:			
Könnten Sie sich trotzdem vorstellen, an einer Kernspinuntersuchung teilzunehmen?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft trinken Sie Alkohol? Bitte kreuzen Sie die Antwort an, welche auf Sie zutrifft:			
	a) Nie		<input type="checkbox"/>
	b) Etwa 1 mal pro Monat		<input type="checkbox"/>
	c) 2-4 mal pro Monat		<input type="checkbox"/>
	d) 2-3 mal pro Woche		<input type="checkbox"/>
	e) 4 mal oder öfter pro Woche		<input type="checkbox"/>
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholhaltige Getränke trinken Sie dann typischerweise? Ein alkoholisches Getränk entspricht 0,33 l Bier oder 0,25 l Wein/Sekt oder 0,02 l Spirituosen. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die auf Sie zutrifft:			
	a) 1 oder 2		<input type="checkbox"/>
	b) 3 oder 4		<input type="checkbox"/>
	c) 5 oder 6		<input type="checkbox"/>
	d) 7 oder 8		<input type="checkbox"/>
	e) 10 oder mehr		<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie an einem Tag mehr als 6 alkoholische Getränke (siehe obige Definition) getrunken?			
	a) Nie		<input type="checkbox"/>
	b) Seltener als 1 mal pro Monat		<input type="checkbox"/>
	c) 1 mal pro Monat		<input type="checkbox"/>
	d) 1 mal pro Woche		<input type="checkbox"/>
	e) Täglich oder fast täglich		<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
Wie viele Zigaretten normalerweise pro Tag?		<input type="text"/>	
Trinken Sie Kaffee oder Schwarztee?			
		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
Wie viele Tassen normalerweise pro Tag?		<input type="text"/>	

Haben Sie jemals Drogen genommen? (Hier sind auch sog. „weiche“ Drogen wie z.B. Cannabis gemeint.)		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
Welche Drogen?	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		
Über welchen Zeitraum?	Von	<input type="text"/>	(Monat/Jahr) bis <input type="text"/>
			(Monat/Jahr)
Wie häufig?	<input type="text"/>	mal pro	<input type="text"/>
			(Tag/Monat/Woche/Jahr?)
Haben Sie innerhalb der letzten 8 Wochen Drogen genommen? (Hier sind auch sog. „weiche“ Drogen wie z.B. Cannabis gemeint.)		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur für Frauen: Sind Sie derzeit schwanger oder stillen Sie?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter einer Schilddrüsenerkrankung?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
Liegt Ihr TSH-Wert im Normbereich?			
Haben Sie einen regelmäßigen Schlaf-Wach-Rhythmus? (d.h. Sie gehen jeden Abend zur selben Zeit schlafen, stehen in etwa um die gleiche Zeit jeden Morgen auf und erledigen keine Schichtarbeit)		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planen Sie nächster Zeit eine Reise, bei der es zu einer Jetlag-Phase kommt?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
Wann und wie lange?	<input type="text"/>		
Leiden Sie an einer neurologischen oder internistischen Erkrankung?		ja	nein
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:			
An welcher/n?	<input type="text"/>		

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall oder eine Hirnblutung?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie derzeit akut erkrankt (Entzündung)?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
Woran?		
Und seit wann?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
Welche?		
Studieren Sie derzeit Psychologie oder haben Sie Psychologie studiert?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Linkshänder?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in der Vergangenheit schon einmal wegen einer psychiatrischen / psychischen Erkrankung behandelt?		
	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja:		
Wegen welcher/n?		

Haben Sie metallhaltige Tätowierungen oder Piercings am Körper?	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie Metallteile im Körper? (Z.B. Herzschrittmacher, Hörgerät, metallene Implantate, Stent, Retainer, Insulinpumpe etc.)	ja	nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum:

CIDI-S-Bogen

		ja	nein
1.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen unter körperlichen Beschwerden gelitten, für die Ihr Arzt keine eindeutige Erklärung finden konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen einen Angstanfall, manche nennen das auch Panikattacke oder Angstatacke, bei dem Sie ohne Grund plötzlich von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen häufig ängstlich, angespannt und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen, wie mit anderen zu reden, etwas in Gegenwart anderer zu tun oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit anderer zu stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter unbegründet starken Ängsten, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder aus dem Haus zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter einer unbegründet starken Angst vor Situationen wie z. B. Aufzüge, Tunnels, Flugzeuge benutzen oder vor anderen Dingen wie Höhen, Unwettern, Tieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Gefühlen von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Litten Sie in den letzten 4 Wochen über mehr als 2 Wochen fast täglich unter Interesseverlust, Müdigkeit oder Energielosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Waren Sie in den letzten 4 Wochen über mehrere Tage hinweg ungewöhnlich glücklich, überdreht oder reizbar, so dass sich Freunde oder Angehörige Sorgen machten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen im Zusammenhang mit Alkohol irgendwelche Probleme (z. B. Alkohol am Steuer, körperliche oder psychische Probleme, Unfälle)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Anregungsmittel, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerzmittel ohne ärztliche Verschreibung eingenommen, oder in höherer Dosierung als verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Drogen wie z.B. Cannabis, Ecstasy, etc. genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!