



## EMPOWER Studie

### Nachuntersuchungsfragebogen

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Land-Nr.                      Arzt-Nr.                      Patienten-Nr.

1. Seit wir im <Monats/Jahr> das letzte Mal Kontakt hatten, ist eine der folgenden Krankheiten oder Symptome -neu (erstmalig)- aufgetreten?

**Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das entsprechende Kästchen an.**

			Wenn "ja", seit wann?	Durch einen Arzt behandelt?	
	Nein	Ja	Monat / Jahr	Ja	Nein
<b>Krankheiten oder Symptome:</b>					
Erstmalig diagnostizierter Bluthochdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit blutdrucksenkenden Medikamenten behandelt?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Erstmalig diagnostizierter Diabetes .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit Insulinspritzen behandelt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
mit Tabletten behandelt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina pectoris) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnsel (Thrombose) im Bein oder in der Lunge .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gutartige Brusttumore .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....					
Brustkrebs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere frauenspezifische Krebsarten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche .....					
Deutliches Tieferwerden der Stimme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrößerung der Klitoris .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere <u>schwere</u> Krankheiten / Operationen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wenn ja, welche: .....		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		→	___ / ___	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte auch die Rückseite ausfüllen!**



**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte lesen Sie jetzt auch noch das Beiblatt durch!**



«Arztnummer» / «PatNummer» / «ID»

Wenn Sie in dem Fragebogen gesundheitliche Ereignisse, wie Krankheiten oder Krankenhausaufenthalte, angegeben haben, würden wir gern bei Ihnen oder Ihrem Arzt nähere Einzelheiten nachfragen, falls dies für die Studienzwecke erforderlich ist. Sie können sich wahrscheinlich erinnern, dass wir hierzu Ihre Erlaubnis bereits bei der ersten Befragung erbeten hatten.

Wir wären Ihnen daher sehr dankbar, wenn Sie uns zu diesem Zweck noch die nachstehenden Angaben machen und diese dem Fragebogen in dem beigefügten Umschlag beilegen würden. Aus Datenschutzgründen erbitten wir diese Angaben auf einem getrennten Blatt.

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Wie können wir Sie telefonisch erreichen, sollten wir Fragen haben?** \_\_\_\_\_

---

**Falls Sie im Fragebogen ein unerwartetes gesundheitliches Ereignis angegeben haben, gestatten Sie uns, Ihren behandelnden Arzt nach Details zu fragen?**

Ja .....       Nein .....

Wie ist der Name (Adresse, Telefon-Nummer) des Arztes/des Krankenhauses, der/das Sie behandelt hat?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Hat sich Ihre Adresse seit unserem letzten Kontakt geändert?**      Ja            Nein        
**Wenn ja, bitte unten angeben:**

**Bisherige Adresse:**

«PVorname» «PName»

«PStraße»

«PPLZ» «POrt»

**Korrektur/Künftige Adresse:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_