



Registrierung als Patient

 **040 / 63 12 97-0**

Antwort

Clinical Research Hamburg GmbH
Andrea Otto
Rahlstedter Bahnhofstr. 33
22143 Hamburg

Wir übernehmen
das Porto für Sie!
Keine Briefmarke
erforderlich.



Name* Vorname*

Straße* Hausnummer*

PLZ* Ort*

Telefon privat* Telefon gesch./dienstl

Telefon Handy E-Mail Adresse

Geschlecht*: männlich weiblich Geburtsjahr* (z.B. 1965)

Hinweise, Bemerkungen: *Pflichtfelder

Nachfolgend haben wir für Sie einige übergeordnete Erkrankungsgruppen (sogenannte Indikationsgebiete) angeführt sowie eine Reihe von Erkrankungen, zu denen Clinical Research Hamburg® häufiger klinische Prüfungen durchführt. Kreuzen Sie alle Erkrankungen an,

an denen Sie leiden bzw. wegen derer Sie behandelt wurden oder auch aktuell behandelt werden. Mehrfachnennungen sind möglich. Bitte beide Blätter zusammenheften, in einen Fenster-Umschlag stecken und ab damit zur Post.

Ich bitte um Rückruf in der Zeit von _____ bis _____

Name

Vorname

Datum

Atemwege / Lungenerkrankungen

- Asthma bronchiale
- COPD (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
- Raucherhusten
- Chronische Bronchitis
- Andere: _____

Allergien

- Gräserpollenallergie
- Birkenpollenallergie
- Hausstauballergie
- Andere: _____

Herz- / Kreislauferkrankungen

- Bluthochdruck
- Koronare Herzerkrankung (KHK)
- Andere: _____

Muskulatur / Bindegewebe / Knochen

- Hüftarthrose
- Kniearthrose
- Arthrose der Fingergelenke
- Osteoporose
- Andere: _____

Rheuma

- Rheuma (Rheumatoide Arthritis/ Chronische Polyarthritis)
- Gelenkentzündung bei Schuppenflechte (Psoriasisarthritis)
- Morbus Bechterew
- Andere: _____

Niere / Harnwege

- Reizblase
- Andere: _____

Stoffwechsel / Ernährung

- Cholesterinerhöhung (Fettstoffwechselstörung)
- Übergewicht (Adipositas)
- Andere: _____

Ich möchte über für mich relevante medizinische Studien informiert werden.

Drüsen / Hormonsystem

- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Schilddrüsenerkrankungen
- Andere: _____

Hauterkrankungen

- Neurodermitis/ Atopische Dermatitis
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- Andere: _____

Magen- / Darmerkrankungen

- Reizdarmsyndrom
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Magenschleimhautentzündung (Gastritis)
- Sodbrennen/ Refluxkrankheit
- Verstopfung (Obstipation)
- Andere: _____

Schmerzen

- Chronische Schmerzen
- Fibromyalgiesyndrom
- Restless leg Syndrom (Syndrom der ruhelosen Beine)
- Andere: _____

Nervensystem / Psyche

- Polyneuropathie
- Depression
- Demenz (Alzheimer-Erkrankung)
- Schlafstörungen
- Andere: _____

Ohr / Gleichgewichtsorgane

- Tinnitus (Ohrgeräusch)
- Schwindel
- Andere: _____

Impfungen (Ich bin an Impfungen interessiert)

- Gripeschutz
- Impfungen generell (z.B. Hepatitis B, Vogelgrippe,...)
- Andere: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Interesse an unserer Arbeit.