

RDS25 Studie Reizdarm
Antrag an FMD-Studienzentrum

RDS-Ausschluss-Kriterien - Checkliste für ärztliches Gespräch

Datum der Erhebung (TT/MM/JJJJ): _____

Patient/in

Vorname und Zuname (in Blockschrift) : _____,

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin

danke für Interesse zur Teilnahme an unserer 25 Studie. Bitte beantworten Sie folgende Fragen so gut wie Ihnen möglich.

Wenn etwas unklar ist, fragen Sie nach beim anschließenden ärztliche
Gespräch.

Sie erfahren unmittelbar nach dem Gespräch, ob oder nicht
Sie für eine Studien-Teilnahme infrage kommen.

Wenn Sie an die letzten drei Monate denken

Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt ?	Nein	Ja
Haben Sie ungeplant Gewicht abgenommen ?	Nein	Ja
Sind Symptome neu aufgetreten, die Sie vorher nicht kannten?	Nein	Ja

In der Familie

Hat (hatte) irgendwer eine Krebsdiagnose im Bauch oder Darmbereich ?	Nein	Ja
gibt es jemanden mit CED ?	Nein	Ja
gibt es jemanden mit Zöliakie ?	Nein	Ja

Wie lange besteht bei Ihnen die Reizdarmsymptomatik ca. _____(Jahre)

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Diagnosen untersucht / abgeklärt / festgestellt ?

Diagnose	Was ist das?	Nein Nie	Könnte sein	Ja sicher, ca. welches Jahr	Anmerkung
Tumorerkrankung					
Chronische Entzündung (z.B. Rheuma)					
Chronisch entzündliche Darmerkrankung					
Intestinale Infektionen					
Dünndarmfehlbesiedelung (SIBO)					
Nahrungsmittel-Allergien / Unverträglichkeiten :					
Nahrungsmittelunverträglichkeiten (Laktose, Fruktose, Sorbit, Histamin)					
Zöliakie					
Weizenallergie					
Nicht-Zöliakie-Glutensensitivität					
Endometriose (Nur bei Frauen)					
Mechanische Probleme (Darm-Ostruktion)					
Schilddrüsenerkrankungen					
Exokrine Pankreasinsuffizienz					
Chronische Pankreatitis					
Unklare Eisenmangelanämie					
Wurden jemals Entzündungs- Laborwerte untersucht? (Calprotectin, CRP-Laborwert)					

Datum: _____ Arztname: _____ Stempel: