

(Stempel des einsendenden Instituts) Telefon: _____	Patientendaten (einschl. Geburtsname und -datum) Bitte auch auf den Durchschriften								
GHSG Studienzentrale Unikliniken Köln 50924 Köln Tel.: 0221 / 478-88200, - 88163 Fax: 0221 / 478-88188	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <h2 style="margin: 0;">BASISBOGEN LANGZEITTOXIZITÄT</h2> </div> <div style="text-align: center;"> <h1 style="margin: 0;">LT</h1> <p style="margin: 0;">Basis</p> <p style="margin: 0;">V2.0</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> Datum der Untersuchung <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; text-align: center; width: 100px;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 25px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td style="font-size: 8px;">Tag</td> <td style="font-size: 8px;">Monat</td> <td style="font-size: 8px;">Jahr</td> <td style="font-size: 8px;"> </td> </tr> </table> </div>					Tag	Monat	Jahr	
Tag	Monat	Jahr							
Studie: PVAG-14 Pilot	Bogen ID: Case ID:								
ANAMNESE KARDIO <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)									
KHK <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, keine Therapie <input type="checkbox"/> Ja, Therapie mit: _____	Hypertonie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, keine Therapie <input type="checkbox"/> Ja, Therapie mit: _____	Hypercholesterinämie <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, keine Therapie <input type="checkbox"/> Ja, Therapie mit: _____	Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> keine Therapie <input type="checkbox"/> Ja, Typ I <input type="checkbox"/> Typ II <input type="checkbox"/> Therapie mit: _____						
Familiäre KHK Belastung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Rauchen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ____ pack years	Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Bewegung (Definition siehe Rückseite) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Minimum tgl. 30 Minuten <input type="checkbox"/> Ja, Sport					
UNTERSUCHUNGEN KARDIO <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)									
Echo LVEF _____ % E/A _____ DT _____ ms Tei-Index _____ Perikarderguß <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ cm	Klappenfunktionsstörungen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ Regionale Wandbewegungsstörung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____	EKG HF _____ bpm Pathologischer Befund <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgender: _____	RR Systolisch _____ mmHg Diastolisch _____ mmHg Serologie Kreatinin _____ Einheit _____						
ANAMNESE FERTILITÄT <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)		ANAMNESE LUNGE <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)							
Zyklusanamnese / Spermogramm <input type="checkbox"/> Nein, nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ja, ohne pathologischen Befund <input type="checkbox"/> Ja, pathologischer Befund: _____		Bekannte pulmonale Erkrankung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, folgende _____ <input type="checkbox"/> keine Therapie erforderlich <input type="checkbox"/> Therapie mit _____							
Kontrazeption vor Therapie Hormonell z.B. Pille, GnRH – Analoga etc. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Letzte Einnahme _____ Datum	Serologie FSH _____ Einheit _____ LH _____ Einheit _____ β -Östradiol _____ Einheit _____ Testosteron _____ Einheit _____ AMH _____ Einheit _____ Inhibin B _____ Einheit _____	UNTERSUCHUNGEN LUNGE <input type="checkbox"/> Not done (Hinweise s. Rückseite)							
Wurde eine Kryokonservierung vorgenommen <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (falls ja, bitte ausfüllen) <input type="checkbox"/> Ovargewebe <input type="checkbox"/> Spermien <input type="checkbox"/> Eizellen befruchtet <input type="checkbox"/> Eizellen unbefruchtet		Lungenfunktion Vitalkapazität _____ % DLCO _____ % PO2 _____ mmHg PCO2 _____ mmHg	Röntgen Thorax <input type="checkbox"/> Nein, nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ja, ohne pathologischen Befund <input type="checkbox"/> Ja, pathologischer Befund: _____						
		Bemerkungen: _____ Datum und Unterschrift des Arztes							