

Arzt - Fragebogen zur KUCK-Studie - Ärztliche Untersuchung der Teilnehmer

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
wir bitten Sie folgende Angaben zu beurkunden, eventuell mit Befunden. Bitte stellen Sie die Verschlüsselung der Probanden sicher, bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrem Stempel, Datum und Unterschrift.
Rückfragen beantwortet Ihnen gerne die Ärztin Christine Roch (0170-6302316) Danke!

1. Identifikationsnummer: _____

2. Geboren (Monat/Jahr): _____

3. Größe: _ _ _ cm 4. Gewicht: _ _ _ , _ kg

5. Geschlecht: weiblich männlich divers

6. Heutiges Datum: _____

7. Ärztlich bekannt seit: _____

8. Anzahl an ärztl. Vorstellungen _ _ _

davon in den letzten zwölf Monaten. _ _ _

9. Weitere ärztl. Betreuung? nein / ja, wegen

(Fachgebiet, Beschwerden)

.....
(Bitte benutzen Sie für alle weiteren Angaben die
zweite Seite)

**10. Hatte dieses Kind eine der folgenden
Krankheiten?**

Allergien, Asthma, Autoimmunerkrankungen,
Epilepsie, ADHS, Autismus.

Unbekannt NEIN JA

Falls ja, bitte diese unterstreichen und Zeitpunkt
benennen und vorliegende Befunde mitsenden

**11. Gab es Krankenhausaufenthalte in den letzten
12 Monaten? Ja Nein**

Wenn ja, wie viele Tage _____?

Aus welchem Grund/Gründen? _____

**12. Hatte dieses Kind eine der folgenden
impfpräventablen Erkrankungen?**

Masern, Mumps, Keuchhusten, Windpocken, Röteln,
Diphtherie, Meningokokken, Grippe, HPV, Hepatitis B,
Tetanus, Poliomyelitis, Hämophilus Influenza, Rota-
Viren, Covid-19

Unbekannt NEIN JA

Falls ja, bitte diese unterstreichen und Zeitpunkt
angeben.

13. Impfanamnese:

Nicht Geimpft

- Ohne näh. Angaben
- Impfung nicht gewünscht
- Spezifische Kontraindikation
- Impfung vergessen
- Antikörper vorliegend
- Komplikationen in Familie

Geimpft

Wenn ja, bitte benennen
und möglichst Impfpass
oder Impfdokumentation
eingescannt mitsenden

Impfanamnese unklar

**14. Gibt es einen Anhalt für, das Vorliegen einer
unerwünschten Wirkung nach einer Impfung**

bei diesem Kind Unbekannt NEIN JA

in dieser Familie Unbekannt NEIN JA

Arztname:
Ggfs. Stempel

Alternativ:
Praxisadresse

.....
Datum und Unterschrift



KUCK-Studie

Ärztliche Validierung von
Elternangaben

Diesen Bogen bitte
ausfüllen und ggfs mit
weiteren Anhängen
hochladen unter:

<https://redcap.link/kuck>

Oder per Mail an:

kuck@kuck-studie.de

Arzt - Fragebogen zur KUCK-Studie - Ärztliche Untersuchung der Teilnehmer

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
wir bitten Sie folgende Angaben zu beurkunden, eventuell mit Befunden. Bitte stellen Sie die Verschlüsselung der Probanden sicher, bitte bestätigen Sie die Angaben mit Ihrem Stempel, Datum und Unterschrift.
Rückfragen beantwortet Ihnen gerne die Ärztin Christine Roch (0170-6302316) Danke!

**Fortsetzung weitere Angaben und
ggfs. Impfbeschwerden**

Für Teilnehmer/Identifikationsnummer

.....

15. Falls Impfbeschwerden

Welche?.....

Wann?

Bestehen die Folgen weiterhin?

Unbekannt NEIN JA

Wie überzeugt sind Sie davon?
(100% sehr überzeugt)

_____ %

**16. Bitte geben Sie jegliche jemals
vorliegende gesundheitliche
Beeinträchtigung an:**

.....

.....

17. Möchten Sie weitere Angaben machen?

.....

.....

HERZLICHEN DANK!