

Datenblatt – EDDY Beobachtungsstudie

Evaluation des Einflusses von Diabetes DiGA`s auf den HbA1c bei Patienten mit Diabetes mellitus unter Alltagsbedingungen

VISITE 1, 2, 3 CHECKLISTE

Datum der Dokumentation:	____/____/_____ <small>(TT / MM / JJJJ)</small>	Name der ausfüllenden Person:		<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Praxispersonal <input type="checkbox"/> Patient
---------------------------------	--	--------------------------------------	--	--

Demografische Daten des Patienten

Geburtsdatum:	____/____/_____ <small>(TT / MM / JJJJ)</small>	Initialien des Patienten:	____ ____ ____	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
----------------------	--	----------------------------------	----------------	--------------------	--

Angaben zum Erkrankungs- / Therapieverlauf bei dem Patienten

		Yes	No
1.	Gab es irgendwelche unerwünschten gesundheitlichen Nebenwirkungen durch die Studie? wenn JA , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gab es Änderungen in der Therapie (Medikamente/Dosierungen)? wenn JA , welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zum HbA1c zu den einzelnen Beobachtungszeitpunkten

Visiten° (TT/MM/JJJJ)	ØHbA1c <small>(gemessen +/- 2 Wochen vom Visitenzeitpunkt)</small>	Ø Tage <small>(optional - wieviele Tage Abstand vom Tag des Beginns mit der APP)</small>	Frequenz von <small>schwerwiegenden und nicht schwerwiegenden Hypoglykämien</small>	Kommentar (optional)
1 90 Tage vor App-Start ____/____/____				
2 Zum Start mit der App ____/____/____				
3 90 Tage nach App-Start ____/____/____				

Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben

Ort	Datum	Unterschrift	<input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Praxispersonal <input type="checkbox"/> Patient	<i>ggf. Stempel</i>