HelmholtzZentrum münchen
Deutsches Forschungszentrum für Gesundheit und Umwelt

Frlda
Typ 1 Diabetes: Früh erkennen – Früh gut behandeln

Datum der Blutentnahme: __ __ (Tag) __ __ (Monat) ____ (Jahr)

Praxis-ID:

Teilnehmer-ID:

1. Angaben über das zu untersuchende Kind:

Geburtsdatum: __ __ (Tag) __ __ (Monat) ____ (Jahr) Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Vorname / Name: _____ Strasse: _____

PLZ / Ort: _____ Tel.: _____ Nationalität: _____

Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____ **>> Am Tag der Untersuchung! (Größe und Gewicht) <<**

Hat das Kind Typ 1 Diabetes? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, seit wann: __ __ (Tag) __ __ (Monat) ____ (Jahr)

Hat ein Verwandter Typ 1 Diabetes? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wer: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Geschwisterkind

Wurde das Kind per Kaiserschnitt geboren? ☐ ja ☐ nein

2. Angaben zur Säuglingsernährung:

Wurde das Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bis zu welchem Lebensmonat insgesamt (d. h. auch zusammen mit anderer Kost)? _____

Ab welchem Lebensmonat hat das Kind andere Nahrungsmittel neben Muttermilch bzw. Säuglingsmilch bekommen? _____

Ab welchem Lebensmonat hat es glutenhaltige Getreide (Weizen, Roggen, Gerste, Hafer, Dinkel, Grünkern, z. B. in Form von Grieß, Haferflocken, Babykeks, Zwieback in der Milchnahrung) bekommen? _____

3. Angaben zu den Eltern:

Geburtsdatum der Mutter: __ __ (Tag) __ __ (Monat) ____ (Jahr)

Geburtsdatum des Vaters: __ __ (Tag) __ __ (Monat) ____ (Jahr)

Die Proben senden Sie bitte zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen an das:

Institut für Diabetesforschung
Helmholtz Zentrum München
Ingolstädter Landstraße 1
85764 Neuherberg

Tel.: 0800 - 4 64 88 35 (kostenfrei)
Fax.: 089 - 3187 3144
Email: diabetes.frueherkennung@helmholtz-muenchen.de

>>> Alle Angaben werden vertraulich behandelt und pseudonymisiert. Vielen Dank für Ihre Mithilfe! <<<