

## LOCO Anamnese

### 1. Themenblock: Allgemeine und aktuelle Kovariablen

#### Krankheiten

<b>1. Haben Sie eine akute oder chronische Erkrankung?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
	<i>Falls ja:</i> Um was für eine Krankheit handelt es sich? (→Neuansetzung des Termins bei akuter Erkältung!)
<b>2. Wurde bei Ihnen jemals eine Krankheit des Immunsystems diagnostiziert (z.B. HIV/AIDS)?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> (→Ausschluss bei ja!)
<b>3. Gibt es eine Krankheit die gehäuft in ihrer Familie vorkommt?</b>	

#### Medikamente

<b>4. Nehmen Sie momentan Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
	<i>Falls ja, Medikament Dosis/Häufigkeit Zweck welche?</i> <hr/> <hr/> <hr/>
<b>5. Falls weiblich, nehmen Sie ein hormonelles Verhütungspräparat?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
<b>6. Falls weiblich, vor wie vielen Tagen hatten Sie ihre letzte Periode?</b>	<b>Anzahl Tage:</b>

## Rauchen

<b>7. Haben Sie jemals regelmässig geraucht?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> (→ Falls nein, überspringe Frage 8)
<b>8. Rauchen Sie im Moment?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b> (→ Falls nein, in Vergangenheitsform fortfahren)
<i>Falls nein:</i>	
a. Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag / haben Sie pro Tag geraucht? Menge:	
b. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie schon diese Menge? Für wie viele Jahre haben Sie diese Menge geraucht? Jahre:	

## Schlaf und Stress

<b>9. Wie viele Stunden haben Sie letzte Nacht geschlafen?</b>	<b>Stunden:</b>
<b>10. Sind Sie heute Nacht zwischendurch aufgewacht?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>
<b>11. Um wie viel Uhr sind Sie heute Morgen aufgewacht?</b>	<b>Uhrzeit:</b>
<b>12. Hatten Sie eine sehr stressige Situation heute Morgen?</b>	<input type="radio"/> <b>Ja</b> <input type="radio"/> <b>Nein</b>

## Ernährung

<b>13. Wann haben Sie zuletzt etwas gegessen?</b>	<b>Uhrzeit:</b> (→ Wenn länger als 8 Stunden, dann nüchtern)
<i>Falls innerhalb der letzten 8 Stunden gegessen wurde:</i>	
a. Wann haben Sie gegessen? Uhrzeit:	
b. Was haben Sie gegessen?	

**14. Haben Sie in den letzten 8 Stunden Koffein (Kaffee, Cola, etc.) zu sich genommen?**

- Ja  
 Nein

*Falls ja:*

- a. Wann haben Sie Koffein zu sich genommen?  
Uhrzeit:
- b. Was haben Sie getrunken?
- c. Wie viel davon?  
Menge:

### Alkohol

**15. Haben Sie in den letzten 8 Stunden Alkohol getrunken?**

- Ja  
 Nein

*Falls ja:*

- a. Was haben Sie getrunken?
- b. Wie viel davon?  
Menge:

### Sport

**16. Haben Sie sich in den letzten 8 Stunden sportlich betätigt? Oder mussten Sie schnell laufen oder rennen um hierher zu kommen?**

- Ja  
 Nein

*Falls ja:*

- a. Was für eine Aktivität war das?
- b. Für wie lange?  
Minuten:
- c. Wann genau war das?  
Uhrzeit:

## 2. Themenblock: Erhebungsbezogene Daten

### Haare

**1. Haarfarbe:**

2. **Haarlänge in Centimeter:**

3. **Haarfärbung:**

**Ja**

**Nein**

*Falls ja:*

Natürliche Haarfarbe:

4. **Wann haben Sie ihre Haare zum letzten Mal gewaschen?**

**Anzahl Tage:**

5. **Kommentare Haarentnahme:**

### Grösse/Gewicht

6. **Grösse in Meter:**

7. **Gewicht in Kilogramm:**

8. **Body Mass Index (BMI):**

### Blutentnahme

9. **Exakte Uhrzeit Blutentnahme:**

10. **Kommentare Blutentnahme :**