

## Typ-1-Diabetes: Früh erkennen – früh gut behandeln

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Praxis-ID:

Teilnehmer-ID:

**XXXX**

Geschlecht

männlich     weiblich     unbestimmt

Am Tag der Untersuchung:

Größe in cm: wird in Praxis gemessen

Gewicht in kg: wird in Praxis gemessen

Hat das Kind Typ-1-Diabetes?     Ja     Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
Tag      Monat      Jahr

Haben folgende Familienmitglieder Typ-1-Diabetes?

Mutter des Kindes     Vater des Kindes     Geschwister des Kindes

Hat das Kind an der Freder1k Studie teilgenommen?     Ja     Nein

**steht im U-Heft (Seite erweitertes Neugeborenencreening)**

Falls ja geben sie bitte die Screening ID an: \_\_\_\_\_

Der Lagerung der restlichen Blutprobe zu Forschungszwecken wurde zugestimmt     Ja     Nein

Blutröhrchen

Laborbuch

Reserve

Reserve

**nicht entfernen**

U-Heft

Hat an

**Frída**

teilgenommen

D050-XXXX