

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
1					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
2					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
3					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
4					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
5					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
6					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
7					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
8					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
9					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
10					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
11					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
12					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
13					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
14					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
15					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
16					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
17					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
18					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
19					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
20					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
21					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
22					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
23					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
24					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
25					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
26					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
27					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
28					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
29					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
30					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
31					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
32					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
33					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
34					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
35					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
36					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
37					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
38					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
39					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
40					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
41					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
42					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
43					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
44					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
45					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
46					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
47					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
48					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
49					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
50					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Ge- schlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
51					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
52					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
53					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
54					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
55					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
56					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
57					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
58					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
59					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
60					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt

Screening-Log Erfassung der Repräsentativität der Patientenauswahl

Studientitel: Coronary Artery Bypass graft surgery in patients with Asymptomatic Carotid Stenosis. A randomized controlled clinical trial

Projektnummer: _____ Sponsor: Universitätsklinikum Essen Studienleiter: Prof. Dr. Christian Weimar

Prüfarzt: _____

Liste aller Patienten, die die Ein- und Ausschlußkriterien erfüllen:

Nr.	Datum	Alter	Geschlecht	Diagnose(n)	Teilnahme/Gründe für Nichtaufnahme	Kommentar
61					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
62					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
63					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
64					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
65					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
66					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
67					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
68					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
69					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	
70					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: _____	

Datum

Unterschrift Prüfarzt