

MACHEN SIE MIT – VERLIEREN KÖNNEN SIE NUR AN GEWICHT.

Ändern Sie unter Anleitung von Experten gezielt Ihren Lebensstil. Bewegung hilft nicht nur, Gewicht zu reduzieren. Mit Hilfe einer Spielkonsole sorgt Ihr neues 30-minütiges Trainingsprogramm auch noch täglich für jede Menge Spaß! Und Sie können Ihre Erfolge leicht nachvollziehen.

WER KANN TEILNEHMEN?

Sie sind für die Praxisstudie geeignet, wenn Sie als Typ-2-Diabetiker Ihren Lebensstil ändern möchten und alle Kriterien der Checkliste für Studienteilnehmer erfüllen. **Falls Sie bei der einen oder anderen Frage unsicher sind, sprechen Sie bitte Ihren Arzt an;** er wird Ihnen gerne behilflich sein.



BITTE KREUZEN SIE ALLE KRITERIEN AN, DIE AUF SIE ZUTREFFEN:

- Ich habe Typ-2-Diabetes.
- Mein Diabetes wurde vor weniger als 5 Jahren festgestellt.
- Ich bin zwischen 50 und 75 Jahre alt.
- Ich bin im Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus eingeschrieben und nehme die quartalsweisen Diabetes-Kontrolluntersuchungen beim Arzt wahr.
- Ich war bisher nicht regelmäßig körperlich aktiv.
- Ich leide nicht an Depressionen, Sucht- oder Tumorerkrankungen.
- Ich habe mein Rauchverhalten in den vergangenen 6 Monaten nicht geändert und habe auch nicht vor, es während der Studie zu ändern.
- Ich nehme nicht gleichzeitig an einer anderen Studie teil und habe auch in den letzten 6 Monaten an keiner anderen Studie teilgenommen.
- Ich besitze ein handelsübliches Fernsehgerät.

Wenn alle Aussagen auf Sie zutreffen, lassen Sie bitte nebenstehendes Datenblatt von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen. Die Anmeldeunterlagen erhalten Sie unter der Studien-Hotline: 0176 39019964*

* Preis aus dem Festnetz gemäß Ihrem Festnetztarif.

ERKLÄRUNG DES ARZTES

Ich bin mir bewusst, dass die Richtigkeit der hier angegebenen Gesundheitsdaten des Patienten aus medizinischen Gründen ausschlaggebend ist für die Entscheidung über die Teilnahmemöglichkeit des Patienten an der Studie „Spielend zu mehr Bewegung – Lebensstilintervention durch das interaktive Videospiel ‚Wii Fit Plus‘ bei Personen mit Typ-2-Diabetes mellitus“ (durchgeführt durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum, Hohensandweg 37, 40591 Düsseldorf).

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich zudem damit einverstanden, dass meine hier angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Entscheidung über die Teilnahme des Patienten und zur Dokumentation im Rahmen der genannten Studie durch das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Ort und Datum

Praxisstempel | Unterschrift des Arztes

DATENBLATT

(BITTE VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSFÜLLEN LASSEN)

Zu erfassende Daten	Aktuelles Quartal	Vergangenes Quartal
Datum der Untersuchung	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HbA _{1c} -Wert	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %
Körpergröße	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
Gewicht	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
BMI	<input type="text"/> kg/m ²	<input type="text"/> kg/m ²
Blutdruck	<input type="text"/> mmHG	<input type="text"/> mmHG
Nüchternblutzucker	<input type="text"/> mg/dl	<input type="text"/> mg/dl
Gesamt-Cholesterin [#]	<input type="text"/> mg/dl	<input type="text"/> mg/dl
HDL-Cholesterin [#]	<input type="text"/> mg/dl	<input type="text"/> mg/dl
LDL-Cholesterin [#]	<input type="text"/> mg/dl	<input type="text"/> mg/dl
Triglyzeride [#]	<input type="text"/> mg/dl	<input type="text"/> mg/dl

[#] Falls vorhanden.

DATENBLATT

(BITTE VOM BEHANDELNDEN ARZT AUSFÜLLEN LASSEN)

Name des/r Patienten/in: m w

Der/die Patient/in wird mit folgenden Therapien aufgrund von Typ-2-Diabetes mellitus behandelt (Mehrfachnennungen sind möglich):

- keine Therapie
- Diät
- Metformin
- DPP4-Hemmer
- Sulfonylharnstoffe
- Glinide
- Glitazone
- α -Glukosidase-Inhibitoren
- GLP1-Analoga
- Insulin

SPIELEND MEHR BEWEGEN IN 5 SCHRITTEN:

So einfach können Sie teilnehmen:

- Prüfen Sie anhand der Checkliste, ob Sie die Kriterien erfüllen.
- Besprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt die Studienteilnahme.
- Lassen Sie Ihren Arzt das Datenblatt ausfüllen und die ärztliche Erklärung unterschreiben.
- Fordern Sie Ihre Anmeldeunterlagen an: **0176 39019964.***
- Füllen Sie die Anmeldeunterlagen aus und senden Sie diese zusammen mit Ihrem Datenblatt an das Westdeutsche Diabetes- und Gesundheitszentrum zurück.

Alle weiteren Informationen erhalten Sie dann direkt vom Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum.

* Preis aus dem Festnetz gemäß Ihrem Festnetztarif.

SIE WOLLEN AN DER STUDIE TEILNEHMEN UND SICH SPIELEND MEHR BEWEGEN?

Lassen Sie Ihren behandelnden Arzt das Datenblatt ausfüllen und fordern Sie anschließend gleich Ihre Anmeldeunterlagen beim Westdeutschen Diabetes- und Gesundheitszentrum unter folgender Studien-Hotline an:

0176 39019964*

Dort wird man Ihnen bei Bedarf auch weitere Fragen zur Studie beantworten.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß!

* Preis aus dem Festnetz gemäß Ihrem Festnetztarif.



SPIELEND MEHR BEWEGEN



**Sind Sie
Typ-2-Diabetiker?**

Werden Sie Teilnehmer einer
12-wöchigen Praxisstudie.