

Dokumentationsbogen: Studienabbrecher (drop-out, loss to follow up)

Bitte **für jeden Patienten** ausfüllen, der in das Register aufgenommen wurde, aber **vorzeitig** (vor Ablauf der Registerlaufzeit von 5 Jahren) **aus der Studie ausscheidet**.

Aktuelles Datum |__|_|__|_|__|_|

Patienten-ID _____

Gründe für drop-out des Patienten: (Mehrfachnennungen möglich)

1. Patient verstorben Sterbedatum |__|_|__|_|__|_|

Todesursache _____

2. Patient verzogen neue Anschrift bekannt ja nein

wenn bekannt, bitte eintragen _____

3. Rücknahme der Einverständniserklärung durch den Patienten aufgrund:

3.1. Aufwand und Belastung durch Teilnahme am Register

3.2. Praxiswechsel (ohne Umzug)

3.3. Sonstiger Gründe welche _____

3.4. ohne Begründung

4. Steht der Studienabbruch nach Ihrer Einschätzung in Zusammenhang mit dem Verlauf der bisherigen Psoriasis-Therapie

- ja
- eventuell
- nein
- unbekannt

5. Bemerkungen:

Bitte faxen an: 040-7410-57227

Vielen Dank!