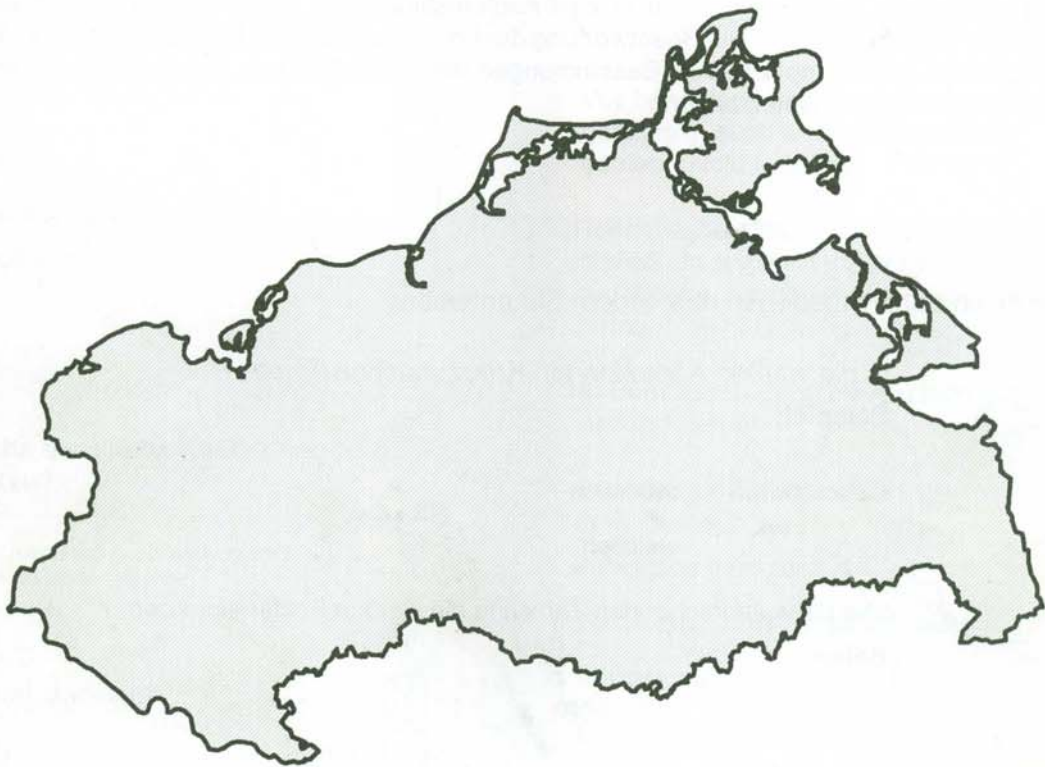


**STUDIE ZU GESUNDHEIT
UND LEBENSWEISE**

02328



**DER ERWACHSENEN
BEVÖLKERUNG IN
MECKLENBURG-
VORPOMMERN**

Projektträger der Studie:
Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V.
in Zusammenarbeit mit dem
Robert-Koch-Institut Berlin - FG 625

Liebe Einwohner der Gemeinde!

Bereits im Jahre 1973 haben wir in Ihrem Dorf eine Untersuchung zum Thema Gesundheit durchgeführt. Damals hatten 90 % von Ihnen den Bogen ausgefüllt und an uns zurückgegeben. Bitte nehmen Sie auch nach 21 Jahren wieder Anteil an unserer Arbeit, indem Sie die nachfolgenden Fragen beantworten. Wir versichern Ihnen, daß alle Daten vertraulich behandelt werden. Sie erkennen es daran, daß wir keine Namen erfassen.

In unserer Studie bemühen wir uns, Angaben über den Gesundheitszustand und die Lebensweise der Landbevölkerung in ausgewählten Gemeinden in Vorpommern zu erhalten, um daraus Schlußfolgerungen für die Gesundheitsförderung zu ziehen.

Verantwortlich für diesen Fragebogen sind Herr Dr. Volker Koppisch, der als Projektgruppenleiter im Auftrag der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. arbeitet und Herr Dr. Hans Hüttner vom Robert-Koch-Institut Berlin. Wir sind unter der Rufnummer 030/78007137 zu erreichen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Ihre Auskünfte unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Bestimmungen des Datenschutzes werden eingehalten. Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.

Sie füllen den Fragebogen aus, indem Sie entweder



in die weißen Kästchen ein Kreuz machen

Beispiel:

Geschlecht: männlich

weiblich



oder die entsprechenden Zahlen in die weißen Felder eintragen

Beispiel:

Alter 4 2 Jahre

oder in die Balken Ihre Eintragungen machen



Beispiel: Beruf

Fahrzeugschlosser

Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird.



Beispiel:

Ja

Nein



Weiter mit Frage !

Wenn Sie "Ja" ankreuzen, gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.

Bildung, Ausbildung

1. Welchen Schulabschluß haben Sie?

Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, nennen Sie nur den höchsten!

12

- Unter 10 Klassen 1
- 10 Klassen 2
- 12 Klassen 3
- Fachschul- oder Fachhochschulabschluß 4
- Hochschulabschluß 5

2. Welche berufliche Ausbildung trifft für Sie zu?

Bei mehreren Ausbildungen bitte nur die letzte angeben!

13

- Ungelernt, angelernt 1
- Lehrling 2
- Teilfacharbeiter 3
- Facharbeiter 4
- Meister/Techniker 5
- Fachschul-, Fachhochschulabschluß 6
- Hochschulabschluß 7
- Sonstige Ausbildung, nämlich
- _____ 8
- _____
- _____
- _____

Berufstätigkeit und Belastung

F B 0 1

1 - 11

3. Wie ist derzeit Ihre berufliche Situation?

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!

14/15

- Voll berufstätig (jeden Arbeitstag ganztätig, auch wenn im Familienbetrieb - nicht Lehrling) 01
- Teilweise berufstätig (halbtags, täglich einige Stunden, einige Tage pro Woche, auch wenn im Familienbetrieb - nicht Lehrling) 02
- In Berufsausbildung als Auszubildender (Lehre) 03
- In sonstiger Berufsausbildung (z.B. Fachschule) 04
- Arbeitslos gemeldet 05
- Berufstätig im Rahmen von ABM 06
- In Umschulung/(Weiterbildung) 07
- Ohne Lehrstelle, ohne Studienplatz 08
- Altershalber in Rente/pensioniert 09
- Aus gesundheitlichen Gründen im Vorruhestand oder Invalidenrentner 10
- Im Vorruhestand 11
- Ausschließlich Hausfrau (Hausmann), nicht (mehr) berufstätig 12
- In Schulausbildung 13
- In Hochschulausbildung 14
- Wehr-/Zivildienstleistender 15
- Empfänger von Sozialhilfe 16
- Im Erziehungsjahr, Schwangeren-, Wochenurlaub 17

4 A. Welche berufliche Tätigkeit haben Sie vor der Wende zuletzt ausgeübt?

Bitte bezeichnen Sie Ihre Tätigkeit möglichst genau

Vierzüchter

3

16/19

4 B. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus bzw. (falls nicht mehr berufstätig) welche berufliche Tätigkeit haben Sie zuletzt (nach der Wende) ausgeübt?

Bitte bezeichnen Sie Ihre Tätigkeit möglichst genau

22/25

5 A. Wie viele Stunden haben Sie vor der Wende durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf gearbeitet?

(Rechnen Sie dabei auch regelmäßig angefallene Überstunden ein!)

20/21

8

Stunden

x 5 = 40

5 B. Wie viele Stunden arbeiten Sie zur Zeit (bzw. arbeiteten Sie zuletzt) durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?

(Rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende oder angefallene Überstunden ein!)

26/27

Stunden

6. Wie gefällt Ihnen Ihr derzeitiger Arbeitsplatz?

Falls nicht berufstätig, \Rightarrow weiter bei Frage 9!

- 28
- gut 1
 - mehr gut als schlecht 2
 - mehr schlecht als gut 3
 - schlecht 4

7. Sind Sie besorgt, Ihren gegenwärtigen Arbeitsplatz zu verlieren?

- 29
- Nein 1
 - Ja 2

8. Haben sich in Ihrem Arbeitsbereich die Beziehungen der Kollegen in der letzten Zeit verändert?

	Eher zugenommen	Gleich geblieben	Eher abgenommen	
	1	2	3	
1. Offenheit, Ehrlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
2. Zusammenhalt, Kameradschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
3. Hilfe, Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
4. Konkurrenz untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
5. Streit, Unzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
6. Neid, Mißgunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35

9. Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer derzeitigen bzw. belasteten Sie in Ihrer letzten Berufstätigkeit?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Belastet(e) mich			Trifft/traf nicht zu	
	stark	wenig	überhaupt nicht		
	1	2	3	4	
Überstunden, lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	36
Ausschließlich Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	37
Wechselschicht ohne Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38
Wechselschicht mit Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	39
Akkord- oder Stückarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
Chemische Schadstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42
Hitze, Kälte, Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	43
	1	2	3	4	
Fließbandarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	44
Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45
Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Unangenehme oder einseitig körperliche Beanspruchung, Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48
Arbeitstempo wird durch Maschinen bestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	49
Starke Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50
Widersprüchliche Anforderungen, Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	51
	1	2	3	4	
Langweilige, gleichförmige Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	53
Zwang zu schnellen Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	54
Hohe Verantwortung für Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	55
Hohe Verantwortung für Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	56
Starke Konkurrenz durch Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	57
Arbeite allein, keine Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	58
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	59

1 60

10. Nun geht es darum, wie Sie sich normalerweise am Feierabend, nach Beendigung Ihrer Hauptbeschäftigung fühlen

Wie oft kommt es vor, daß...

	Häufig	Manchmal	Selten	Nie
	1	2	3	4
Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht, so daß Sie noch Stunden daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 61
Sie sich am Feierabend müde, erschöpft fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/>
Sie sich am Feierabend unbefriedigt oder bedrückt fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 63
Sie am Feierabend das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 64

11. Haben Sie in der Regel ausreichend Schlaf?

Ja 1
Nein 2 65

12. Wieviel Stunden schlafen Sie nachts im allgemeinen?

66/67
 Stunden

13. Falls Sie jetzt arbeitslos sind: Wie lange schon?

68

Unter 3 Monate 1

3 bis unter 9 Monate 2

12 bis unter 15 Monate 3

15 bis unter 24 Monate 4

2 Jahre und länger 5

Die Frage trifft für mich nicht zu 6



Gehen Sie zu Frage 16!

14. Falls Sie arbeitslos sind: Welche Aussagen treffen auf sie zu?

FB02

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft auf mich	sehr	teilweise	überhaupt nicht zu	
		1	2	3	
Es beunruhigt mich, daß ich nicht weiß, ob ich wieder eine neue Arbeit bekommen werde	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Ich komme mir manchmal richtig überflüssig vor	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	13
Das viele Zuhause-Sein geht mir auf die Nerven	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14
Mir fehlt der gewohnte Kontakt zu Kollegen, Kunden etc.	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Es fällt mir schwer, Freunden und Bekannten von meiner Arbeitslosigkeit zu erzählen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	16
In der Familie gibt es häufiger als sonst Ärger	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Ich gehe nicht mehr so oft zu Bekannten und Freunden wie früher	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	18
Ich frage mich oft, ob ich nicht selbst an meiner Arbeitslosigkeit schuld bin	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	19
Ich habe inzwischen gemerkt, daß es gar nicht so schlimm ist, arbeitslos zu sein	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	20
Endlich habe ich einmal Zeit für Dinge, die mir Spaß machen	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Mir ist es ganz lieb, wieder mehr für die Familie tun zu können	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22

15. Falls Sie arbeitslos sind: Was bedeutet das finanziell für Sie?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft auf mich	sehr	teilweise	überhaupt nicht zu	
		1	2	3	
Wir haben unsere Ersparnisse angreifen müssen	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Ich habe Schulden machen müssen	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Ich habe anstehende Zahlungen nicht leisten können	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	25
Ich bin mit der Miete in Verzug geraten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	26
Ich habe vorgesehene Anschaffungen zurückgestellt	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Ich habe mich mit Ausgaben sehr eingeschränkt	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Wir haben uns mit dem Arbeitslosengeld eingerichtet	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Ich habe finanziellen Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30

16. Ich esse täglich regelmäßig zu bestimmten Zeiten

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an

- 31
- Stimmt vollkommen 1
- Stimmt im allgemeinen 2
- Stimmt teilweise 3
- Stimmt kaum 4
- Stimmt überhaupt nicht 5

18. Wann nehmen Sie vorwiegend Ihre Hauptmahlzeit ein?

- 33
- früh 1
- mittags 2
- abends 3
- zu anderen Zeiten 4
- Ich nehme keine Hauptmahlzeit ein 5

17. Ich nehme mir bei meiner Hauptmahlzeit genügend Zeit

- 32
- Stimmt vollkommen 1
- Stimmt im allgemeinen 2
- Stimmt teilweise 3
- Stimmt kaum 4
- Stimmt überhaupt nicht 5

19. Glauben Sie, daß Sie sich einigermaßen gesund ernähren?

- 34
- Nein 1
- Ja 2

20. Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Nahrungsmittel zu sich?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	(Fast) täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat o. seltener	Nie	
	1	2	3	4	5	6	
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
Wurstwaren, Schinken	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Innereien (Leber, Herz, Hirn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	39

Noch Frage 20:

Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Nahrungsmittel zu sich?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	(Fast) täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat o. seltener	Nie	
	1	2	3	4	5	6	
Frischgemüse (gekocht)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
Konservengemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Salat, rohes Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	43
Frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Voll- oder Mehrkorn-, Schwarzbrot(-brötchen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
Weißbrot, Mischbrot	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
Haferflocken, Müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47
Teigwaren (Nudeln, Spätzle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	48
Gekochte Kartoffeln (Salz-, Pellkartoffeln, Kartoffelbrei)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
Frittierte Speisen (Pommes frites, Kroketten, Kartoffelchips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
Magerkäse, Quark, Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	52
Käse mit hohem Fettgehalt (45% und mehr), Streich-, Schmelzkäse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
Schokolade	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
Kuchen, Kakao, Gebäck	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
Eiscreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	56
Schlagsahne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	57

21. Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Getränke zu sich?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	(Fast) täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat o. seltener	Nie	
	1	2	3	4	5	6	
Vollmilch (3,5% Fett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58
Fettarme Milch, Buttermilch, Sauermilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	59
Kaffee	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Tee (schwarz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
Kräutertee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	62
<hr/>							
Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	63
Alkoholfreies Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	64
Wein, Sekt, Obstwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	67
Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	68
<hr/>							
Kalorienarme Erfrischungs- getränke (Diätetische Limonade, Diät-Fruchtsaftgetränke, Brause mit Süßstoff, Cola light u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	69
Sonstige Erfrischungsgetränke ("normale" Limo, Fanta, Cola u.ä.)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70

22. Ich trinke täglich mindestens einen Liter Flüssigkeit neben den Mahlzeiten

Kreuzen Sie bitte die zutreffende Antwort an

- 1 Stimmt vollkommen
 2 Stimmt im allgemeinen
 3 Stimmt teilweise
 4 Stimmt kaum
 5 Stimmt überhaupt nicht

Rauchen, Nichtrauchen

23. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

FB03

Habe früher
geraucht,
rauche jetzt
nicht mehr 1

(Wann aufgehört?
Monat Jahr)

13/14 15/16

Rauche
zur Zeit 2

Habe noch
nie geraucht 3  Bitte gehen Sie
zu Frage 27!

24. Wie alt waren Sie, als Sie begon-
nen haben, regelmäßig - wenn
auch nur in kleineren Mengen-
zu rauchen?

17/18

Jahre

25. Wieviel rauchen Sie jetzt gewöhn-
lich pro Tag, bzw., falls Sie nicht
mehr rauchen, wieviel haben Sie
früher pro Tag geraucht?

Anzahl/Tag

Zigaretten mit Filter 19/20
Zigaretten ohne Filter 21/22
Selbstgedrehte Zigaretten 23/24
Zigarren, Zigarillos, Stumpen 25/26
Pfeife 27/28

26. Wie oft haben Sie schon versucht,
das Rauchen aufzugeben?

Nie 1
einmal 2
zwei, dreimal 3
öfter 4

27. Raucht Ihr (Ehe-)Partner?

30

Ja 1
Nein 2
Trifft nicht zu/ lebe allein 3

28. Haben Ihr Vater oder Ihre
Mutter geraucht?

31

Ja 1
Nein 2
Weiß nicht 3

29. Wird in dem Raum bzw. in den
Räumen, in denen Sie Ihrer
Hauptbeschäftigung nach-
gehen, von anderen regelmäßig
geraucht?

32

Ja 1
Nein 2

Trifft nicht zu/ ich arbeite/
beschäftige mich
überwiegend im Freien 3

Sport, körperliche Aktivität

30. Treiben Sie gegenwärtig
täglich Gymnastik?

33

Nein 1
Ja, unter 10 Minuten 2
Ja, zehn Minuten und mehr 3

31. Betreiben Sie Sport ?
(z.B. im Verein)

34

Ja 1
Nein 2

32. Wie oft haben Sie die aufgeführten Sportarten oder körperlichen Betätigungen in den letzten drei Monaten ausgeübt, und (falls mindestens 1mal pro Woche) wie lange pro Woche?

Bitte tragen Sie in jede Zeile mindestens eine Zahl ein!

Häufigkeit
 1 = nie
 2 = einmal i. Monat und seltener
 3 = 2-3mal i. Monat
 4 = 1mal i.d.Woche
 5 = mehrmals i.d.Woche

Dauer
 Insgesamt im Wochenschnitt (Nur eintragen, wenn in Spalte 1 4 oder 5 eingetragen wurde)

Intensität
 Atmung und Puls
 1 = keine Steigerung
 2 = geringe Steigerung
 3 = mittlere Steigerung
 4 = starke Steigerung

	Häufigkeit	Dauer Stunden Minuten	Intensität
Längere Wege zu Fuß gehen (Spaziergehen, Wege zur Arbeit, Einkaufen usw.)	<input checked="" type="checkbox"/> 5 35	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 20	<input checked="" type="checkbox"/> 2 36-40
Wandern, Bergwandern, Bergsteigen	<input checked="" type="checkbox"/> 1 41	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 42-46
Fahrradfahren (einschl. Wege zur Arbeit, zum Einkaufen usw.)	<input checked="" type="checkbox"/> 3 47	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 48-52
Gartenarbeit	<input checked="" type="checkbox"/> 1 53	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 54-58
Tanzen, Ballett, Jazz-Tanz	<input checked="" type="checkbox"/> 1 59	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 60-64
Turnen, Aerobic	<input checked="" type="checkbox"/> 1 65	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 66-70
Rollschuh-/Schlittschuhlaufen	<input checked="" type="checkbox"/> 1 71	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 72-76
FB04			
Schwimmen (nicht baden)	<input checked="" type="checkbox"/> 2 12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13-17
Dauerlauf, Jogging, Trimmtrab	<input checked="" type="checkbox"/> 1 18	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19-23
Leichtathletik (Laufen)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 24	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25-29
Fuß-, Hand-, Basket-, Volleyball	<input checked="" type="checkbox"/> 1 30	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 31-35
Rudern	<input checked="" type="checkbox"/> 1 36	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 37-41
Skilanglauf	<input checked="" type="checkbox"/> 1 42	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 43-47
Skilauf-Alpin, Abfahrtslauf	<input checked="" type="checkbox"/> 1 48	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 49-53
Boxen, Ringen, Fechten,	<input checked="" type="checkbox"/> 1 54	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 55-59
Judo, Karate	<input checked="" type="checkbox"/> 1 60	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 61-65
Tischtennis, Federball	<input checked="" type="checkbox"/> 1 66	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 67-71
Tennis, Squash	<input checked="" type="checkbox"/> 1 72	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 73-77
FB05			
Heimtraining (Fahrrad, Rudergerät, Expander usw.)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 12	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13-17
Falls andere Bewegungsarten als oben genannt, bitte angeben:			
_____	<input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19-23
_____	<input type="checkbox"/> 1		
Keine Bewegungsarten in den letzten 3 Monaten	<input type="checkbox"/> 24		

Alkohol

33. In unserem Land ist es üblich, Alkohol zu trinken. Was trinken Sie bevorzugt?

- 25
- Wein 1
- Bier 2
- Spirituosen 3
- Ich trinke (fast) keinen Alkohol 4

34. Wieviel Alkohol nehmen Sie in etwa pro Tag zu sich?

Wein, Sekt, Obstweine

- 26
- 5 Gläser und mehr
(gemeint sind Gläser mit 0.25l) 1
- 3 bis 4 Gläser 2
- 2 Gläser 3
- 1 Glas 4
- weniger als 1 Glas 5
- trinke (fast) nie Wein,
Sekt, bzw. Obstwein 6

Bier

- 27
- mehr als 2 Liter 1
- 1 bis 2 Liter 2
- 1/2 bis 1 Liter 3
- 1/4 bis 1/2 Liter 4
- weniger als ein viertel Liter 5
- trinke (fast) nie Bier 6

Hochprozentige alkoholische Getränke
(Rum, Weinbrand, Liköre, klare Schnäpse u.ä.)

- 28
- 10 kleine Gläser und mehr
(gemeint sind Gläser mit 2 cl) 1
- 5 bis 9 kleine Gläser 2
- 3 bis 4 kleine Gläser 3
- 2 kleine Gläser 4
- 1 kleines Glas 5
- weniger als 1 kleines Glas 6
- trinke (fast) nie hochprozentige
alkoholische Getränke 7

Gesundheit, Krankheiten

35. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- 29
- Sehr gut 1
- Gut 2
- Zufriedenstellend 3
- Weniger gut 4
- Schlecht 5

36. Welche Meinung haben Sie dazu, daß man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann? Man kann selbst...

- sehr viel 1
- viel 2
- einiges 3
- wenig 4
- nichts 5
- 30
- tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

37. Wieviel wiegen Sie?

kg

31-33

Wie groß sind Sie?

cm

34-36

38. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Beeinträchtigt Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, z.B. Haushalt, Beruf, Ausbildung, Umschulung usw.?

- 37
- Überhaupt nicht 1
- Ein wenig 2
- Erheblich 3

39. Leiden Sie unter folgenden Beschwerden? Wie stark?

Bitte kreuzen in jeder Zeile ein Kästchen an!

	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht	
	1	2	3	4	
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	38
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	39
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	41
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	43
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	44
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	46
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47
Grübeleien	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	49
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	50
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	51
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	52
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	53
Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	54
Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	57
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	58
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	59
Nacken oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	60
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	61

40. Welche der folgenden Krankheiten hatten oder haben Sie ?

FB06

In jede Zeile
bitte ein oder mehrere
Kreuze machen!
Wenn Sie mit "Ja" antworten,
kreuzen Sie auch in den
Spalten B, C oder D an,
was für Sie zutrifft

	A Irgendwann einmal		B In den letzten 12 Monaten	C Im letzten Monat	D Mit Medi- kamenten behandelt	
	Nein 1	Ja 2	⇒ 1	⇒ 1	⇒ 1	
Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-15
Herzinfarkt	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-19
Herzschwäche, (Herzinsuffizienz, "Herzasthma")	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-23
Durchblutungsstörungen am Gehirn	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-27
Zuckerkrankheit, Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28-31
Schlaganfall	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32-35
Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36-39
Durchblutungsstörungen in den Beinen (außer Krampfadern)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-43
Bluthochdruck, Hypertonie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-47
Zu niedrigen Blutdruck	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48-51
Starkes Übergewicht, Fettsucht	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52-55
Gicht, Harnsäureerhöhung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56-59
Erhöhtes Cholesterin, erhöhte Blutfette	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60-63
FB07						
Gelenkrheumatismus, chronische Gelenkentzündung, Arthritis/Arthrose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12-15
Hexenschuß, Ischias	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16-19
Bandscheibenschaden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20-23
Lungenasthma, Bronchialasthma	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24-27
Lungentuberkulose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28-31
Chronische Bronchitis, d.h. Husten mit morgentlichem Auswurf an den mei- sten Tagen, mindestens 3 Monate lang	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32-35
Leberentzündung, akute oder chro- nische Hepatitis, Fettleber	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36-39
Leberverhärtung, Leberzirrhose	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40-43
Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44-47

Noch Frage 40: Welche der folgenden Krankheiten hatten oder haben Sie?

In jede Zeile
bitte ein oder mehrere
Kreuze machen!
Wenn Sie mit "Ja" antworten,
kreuzen Sie auch in den
Spalten B, C oder D an,
was für Sie zutrifft

	A Irgendwann einmal		⇒	B In den letzten 12 Monaten		⇒	C Im letzten Monat		⇒	D Mit Medi- kamenten behandelt		FB08
	Nein 1	Ja 2		1	1		1	1				
Magen-, Zwölffingerdarm- geschwür, Ulcus	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	12-15	
Magenschleimhautentzündung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	16-19	
Kropf, andere Schilddrüsenkrankheit	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	20-23	
Entzündung oder Steine der Blase, der Niere, der Harnwege	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	24-27	
Verdauungsbeschwerden, Verstopfung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	28-31	
Heuschnupfen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	32-35	
Andere Allergien	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	36-39	
Körperbehinderung der oberen Gliedmaßen oder Schulter (z.B. Läh- mungen, Fehlen von Gliedmaßen oder Teilen, Fehlbildungen, Gelenkversteifungen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	40-43	
Körperbehinderung der unteren Gliedmaßen oder Hüfte (wie oben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	44-47	
Körperbehinderungen der Wirbel- säule (z.B. Verkrümmungen, Versteifungen oder Fehlbildungen, <u>nicht</u> Muskelverspannungen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	48-51	
Krebskrankheiten <i>Bitte angeben, an welchem Organ:</i> _____ _____ _____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	52-55	
Sonstige Krankheiten oder Behin- derungen, die länger als 3 Monate ge- dauert haben _____ _____ _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	56-59	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	60-63	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	64-67	
Für Männer: Vergrößerte Vor- steherdrüse, Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	68-71	
										<input type="checkbox"/>	72	

41. Wann haben Sie zuletzt für sich die Hilfe eines Arztes oder dessen Personal beansprucht?

(Ausgenommen sind Arztkontakte, die Sie als stationärer Patient im Krankenhaus hatten)

- Innerhalb der letzten: 73
- 4 Wochen 1
 - 2 bis 3 Monate 2
 - 4 bis 12 Monate 3
 - 1 bis 5 Jahre 4
 - Vor mehr als 5 Jahren 5

42. Wenn Sie das letzte Quartal überdenken: Wie oft waren Sie beim Arzt (alle Fachrichtungen)?

Insgesamt mal
74/75

43. Der Arzt (die Ärztin), bei dem Sie zuletzt in der Sprechstunde zur Behandlung waren, war das ein

- 76/77
- praktischer Arzt 1
 - Internist 2
 - Zahnarzt 3
 - Frauenarzt 4
 - Augenarzt 5
 - Orthopäde 6
 - Hals-Nasen-Ohrenarzt 7
 - Nervenarzt, Psychiater 8
 - Chirurg 9
 - Röntgenarzt 10
 - Urologe 11
 - ein anderer Arzt und zwar

44. Haben Sie jemals an einer gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung teilgenommen und (falls ja) wann war das zuletzt?

Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebs FB09

Nein Ja Jahr
1 2
 1 9 12-14

Ärztliche Gesundheitsuntersuchung, auch zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Nein Ja Jahr
 1 9 15-17

Schwangerschafts- und Mutterschaftsvorsorge

Nein Ja Jahr
 1 9 9 1 18-20

45. An wieviel Tagen sind Sie in den letzten 4 Wochen den ganzen Tag oder den überwiegenden Teil des Tages wegen gesundheitlicher Beschwerden im Bett geblieben?

Nicht bettlägerig 21
An Tagen bettlägerig
22/23

Gab es innerhalb der letzten 4 Wochen zusätzlich noch irgend eine Zeit, in der Sie wegen einer Krankheit, Verletzung oder Beschwerde in Ihren täglichen Beschäftigungen mehr als einen halben Tag eingeschränkt waren?

Keine Einschränkung 24
An Tagen eingeschränkt
25/26

46. An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 4 Wochen wegen Krankheit nicht gearbeitet?

An Tagen
27/28

Ich war in den letzten 4 Wochen nicht krank (27/28 = 99)

Medikamenteneinnahme

47. Wie häufig nehmen Sie folgende Medikamente ein?








Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Täglich	Mehrmals wöchent- lich	1-2 mal wöchent- lich	1-3mal monat- lich	Selten	Nie	
	1	2	3	4	5	6	
Tabletten zur Senkung des Blutzuckerspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	29
Insulin-Spritzen zur Senkung des Blutzuckerspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	30
Mittel zur Senkung des Blutfettspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	31
Blutdrucksenkende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	32
Herzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33
Kreislaufmittel/blutdrucksteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	34
Mittel gegen Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	35
Mittel gegen Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	36
Mittel für Lungen, Bronchien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	37
Erkältungs-/ Grippemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
Pille zur Schwangerschaftsverhütung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Andere Hormonpräparate (z.B. Schilddrüsenpräparate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	40
Medikamente für Magen, Leber, Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	41
Schlankheitsmittel, Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	43
Stärkungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	44
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45
Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	46
Stimmungsbeeinflussende Mittel (Psychopharmaka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	47
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
Vitaminpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	49

Zufriedenheit, Lebensweise

48. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen unter dem entsprechenden Gesicht an!

	sehr unzufrieden							sehr zufrieden	
Wie zufrieden sind Sie ...									
	1	2	3	4	5	6	7		
mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung?	1 <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		50
mit Ihrer Wohnsituation?	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		51
mit Ihrer finanziellen Lage?	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		52
mit Ihrer Freizeit?	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		53
mit Ihrer Gesundheit	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		54
mit Ihrer familiären Situation?	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		55
mit Ihrer Beziehung zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		56

Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen:

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		57
---	----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--	----

49. Wie viele Personen - einschließlich Ihrer Familie- kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

Keine Person	58 <input type="checkbox"/>	1
1 Person	<input checked="" type="checkbox"/>	2
2 bis 3 Personen	<input type="checkbox"/>	3
4 und mehr Personen	<input type="checkbox"/>	4

50. Mit wieviel Personen außerhalb Ihres Haushaltes verstehen Sie sich so gut, daß Sie auf deren Freundschaft nicht verzichten möchten?

Keine Person	59 <input type="checkbox"/>	1
1 Person	<input type="checkbox"/>	2
2 bis 3 Personen	<input type="checkbox"/>	3
4 und mehr Personen	<input checked="" type="checkbox"/>	4

Angaben zur Person

51. Bei welcher Art von Krankenversicherung sind Sie versichert oder mitversichert?

Bitte denken Sie dabei auch an Zusatzversicherungen und Beihilfe!
Dann ist mehreres anzugeben.

	Selbst versichert	Mit- versichert	
	1	2	
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Ersatzkrankenkasse (z.B. Barmer, DAK, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	61
Betriebskrankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	62
Private Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	63
Beihilfe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	64
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	65
Keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	66

52. Wann wurden Sie geboren?

 ⁶⁷⁻⁷⁵
 Tag Monat Jahr

54. Ihr Geschlecht:

Männlich ₁
 Weiblich ₂ 13

53. Ihr Familienstand:

FB10

- 12
- Ledig, allein lebend ₁
- Ledig, mit festem Partner ₂
- Verheiratet, mit Ehepartner
zusammen lebend ₃
- Verheiratet, getrennt lebend ₄
- Geschieden ₅
- Verwitwet ₆

55. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet?

Zählen Sie bitte auch die Kinder mit.

14/15

Insgesamt Personen

16/17

davon Personen
unter
18 Jahren

53. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt haben ein eigenes Einkommen ?

Das heißt: Wie viele Personen (Sie selbst mit eingerechnet) verdienen selbst oder haben ein Einkommen aus Renten, Pensionen, Mieten und dergleichen?

 2

24/25

Personen

Sind Sie der Hauptverdiener ?

Nein

 1

Ja

 2

26

54. Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen, d.h. das Netto-Einkommen, das Sie (alle zusammen in Ihrem Haushalt) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?

- unter 500 DM 01
500 bis unter 750 DM.. 02
750 bis unter 1.000 DM. 03
1.000 bis unter 1.500 DM 04
1.500 bis unter 2.000 DM. 05
2.000 bis unter 2.500 DM. 06
2.500 bis unter 3.000 DM. 07
3.000 bis unter 3.500 DM 08
3.500 bis unter 4.000 DM. 09
4.000 bis unter 4.500 DM 10
4.500 bis unter 5.000 DM 11
5.000 DM und mehr.. 12 27/28

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bemerkungen

112. 10/12

Bemerkungen

112. 10/12

Bemerkungen

112. 10/12