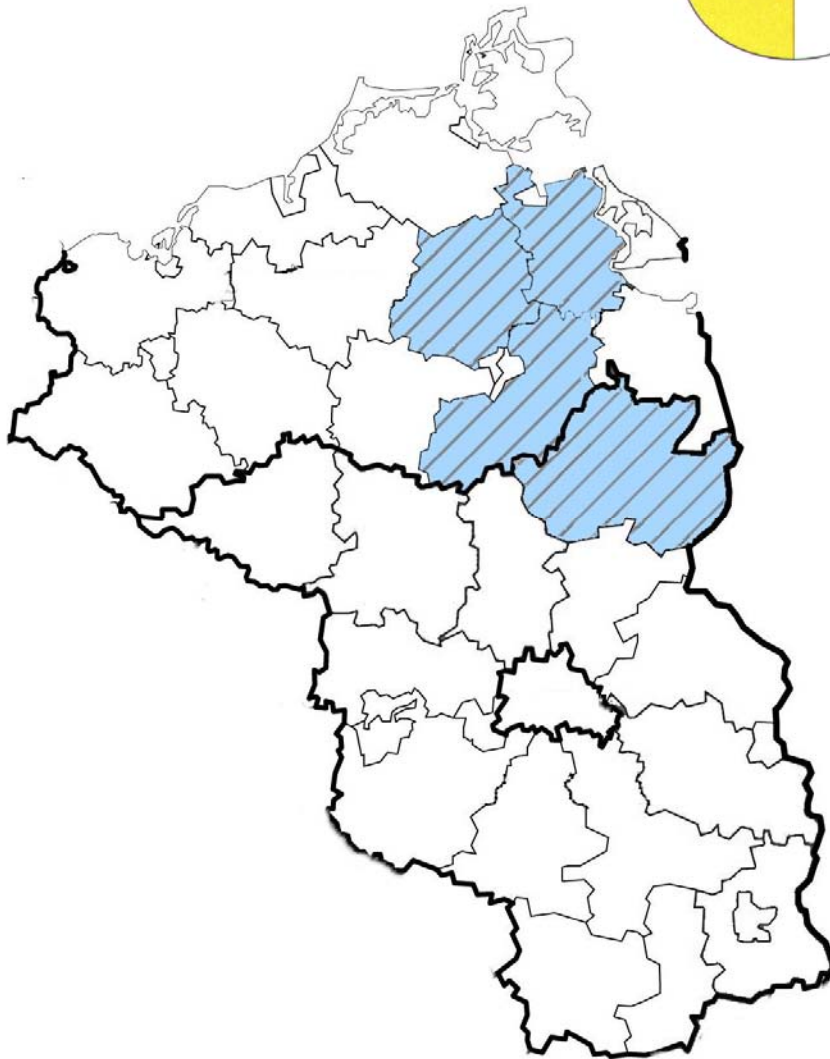




Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Land Gesundheits Studie
1973 - 1994 - 2008

Vergleichende Studie zu Gesundheit und Lebensführung



der erwachsenen Landbevölkerung
in Mecklenburg-Vorpommern
und in Brandenburg

gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Sehr geehrte Damen und Herren,
Liebe Einwohnerinnen und Einwohner,


wir wenden uns heute mit der Bitte um Ihre Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie des Fachbereichs Gesundheit, Pflege, Management der Hochschule Neubrandenburg an Sie.

Bereits in den Jahren 1973 und 1994 wurden in Ihrer Gemeinde Untersuchungen zu Lebensführung und Gesundheit durchgeführt, an denen sich zahlreiche Einwohnerinnen und Einwohner Ihrer Gemeinde beteiligten.

Wir bitten Sie, unsere Arbeit erneut zu unterstützen, indem Sie die nachfolgenden Fragen beantworten. Zum einen wird mit dieser Studie versucht, die gesundheitliche Situation in ausgewählten Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern und in Brandenburg aktuell zu erfassen, um daraus Schlussfolgerungen für Möglichkeiten der Gesundheitsförderung zu ziehen. Zum anderen wollen wir die Veränderung der Lebensbedingungen und Lebensgewohnheiten über einen längeren Zeitraum verfolgen, indem wir nach nunmehr 14 Jahren eine neue Untersuchungswelle starten. Gerade deshalb würden wir uns über Ihre Teilnahme freuen. Die Angaben jeder Einwohnerin und jedes Einwohners sind unersetzbar wichtig, damit die Studie ein Erfolg werden kann und ein unverzerrtes Bild entsteht.

Wir versichern Ihnen, dass alle Daten unter den strengen Regeln und Rechtsgrundlagen des Datenschutzes behandelt werden und – ohne Namen von Personen – allein für den Zweck dieser wissenschaftlichen Studie verwendet werden.

Für Ihre Bemühungen im Voraus herzlichen Dank.



Prof. Dr. Thomas Elkeles

Verantwortlich für diesen Fragebogen ist ein Projektteam der Hochschule Neubrandenburg. Für alle Fragen und Anmerkungen zur Studie stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Tel.: 0395/5693 - 417 (Skr.: - 403)

E-Mail: elkeles@hs-nb.de

Dipl. Soz.-wiss. Christof Röttger

Tel.: 0395/5693 - 480

E-Mail: roettger@hs-nb.de

Dr. Stephan Beetz

Tel.: 0395/5693 - 481

E-Mail: beetz@hs-nb.de

Enrica Hinz, B. Sc

Tel.: 0395/5693 – 482

E-Mail: ehinz@hs-nb.de

Wie wird's gemacht?

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie

- In die weißen Kästchen mit Hilfe eines Kugelschreibers deutlich ein Kreuz machen

Beispiel: Geschlecht Männlich
Weiblich

- oder die entsprechenden Zahlen in die weißen Felder eintragen

Beispiel: Alter

- oder über die gestrichelte Linie Ihre Eintragungen machen

Beispiel: Sonstiger Arzt,
und zwar: Orthopäde

- Gehen Sie der Reihe nach vor, **Frage für Frage**. Überspringen Sie im **kompletten allgemeinen Frageteil (83 Fragen)** 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.

Gesundheit und Krankheiten

1.	Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr gut</td> <td>Gut</td> <td>Zufriedenstellend</td> <td>Weniger gut</td> <td>Schlecht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Weniger gut	Schlecht																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
2.	Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Beeinträchtigt Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben, z.B. Haushalt, Beruf, Ausbildung, Umschulung usw.? Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Erheblich <input type="checkbox"/>																																																												
3.	Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr stark</td> <td>Stark</td> <td>Mittelmäßig</td> <td>Weniger stark</td> <td>Gar nicht stark</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr stark	Stark	Mittelmäßig	Weniger stark	Gar nicht stark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Sehr stark	Stark	Mittelmäßig	Weniger stark	Gar nicht stark																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
4.	Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern? <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>Sehr viel</td> <td>Viel</td> <td>Einiges</td> <td>Wenig</td> <td>Nichts</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr viel	Viel	Einiges	Wenig	Nichts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Sehr viel	Viel	Einiges	Wenig	Nichts																																																									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
5.	Wie groß sind Sie? <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 5px;">cm</td> </tr> </table>				cm																																																								
			cm																																																										
6.	Wie viel wiegen Sie? <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="padding-left: 5px;">kg</td> </tr> </table>				kg																																																								
			kg																																																										
7.	Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an! <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Stark</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Mäßig</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Kaum</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Gar nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kurzatmigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schwächegefühl</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schluckbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Druck- oder Völlegefühl im Leib</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mattigkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Übelkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sodbrennen oder saures Aufstoßen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Reizbarkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Grübelei</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht	Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Grübelei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht																																																									
Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
Grübelei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									

Fortsetzung auf S. 4!

Fortsetzung von Frage 7!	Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?				
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!				
		Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht
	Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Welche der folgenden Krankheiten hatten oder haben Sie?				
	In <u>jede Zeile</u> bitte <u>ein oder mehrere Kreuze</u> machen. Wenn Sie mit Ja antworten, kreuzen Sie auch in den Spalten B oder C an, was für Sie zutrifft.				
		A Irgendwann einmal		B In den letzten 12 Monaten	C Im letzten Monat
		Nein	Ja	Ja	Ja
	Durchblutungsstörungen am Herzen, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzschwäche (Herzinsuffizienz, "Herzasthma")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchblutungsstörungen am Gehirn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krampfadern, Thrombose, Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Durchblutungsstörungen in den Beinen (außer Krampfadern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zu niedriger Blutdruck (Hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fortsetzung auf S. 5!				

Fortsetzung von Frage 8!	Welche der folgenden Krankheiten hatten oder haben Sie?			
	A Irgendwann einmal		B In den letzten 12 Monaten	C Im letzten Monat
	Nein	Ja	Ja	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Übergewicht, Fettsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gicht, Harnsäureerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Cholesterin, erhöhte Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkrheumatismus, chronische Gelenkentzündung, Arthritis/Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss, Ischias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenschaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenasthma, Bronchialasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis, d.h. Husten mit morgendlichem Auswurf an den meisten Tagen, mindestens 3 Monate lang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung, akute oder chronische Hepatitis, Fettleber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberverhärtung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen-, Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kropf, andere Schilddrüsenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündung oder Steine der Blase, der Niere, der Harnwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdauungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen (Depressionen, Angststörungen u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperbehinderungen der oberen Gliedmaßen oder Schulter (z.B. Lähmung, Fehlen von Gliedmaßen oder Teilen, Fehlbildungen, Gelenkversteifungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf S. 6!

Fortsetzung von Frage 8!	Welche der folgenden Krankheiten hatten oder haben Sie?						
	In <u>jede Zeile</u> bitte <u>ein oder mehrere Kreuze</u> machen. Wenn Sie mit Ja antworten, kreuzen Sie auch in den Spalten B oder C an, was für Sie zutrifft.						
	A Irgendwann einmal		B In den letzten 12 Monaten	C Im letzten Monat			
	Nein	Ja	Ja	Ja			
	Körperbehinderungen der unteren Gliedmaßen oder Hüfte (z.B. Lähmung, Fehlen von Gliedmaßen oder Teilen, Fehlbildungen, Gelenkversteifungen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Körperbehinderungen der Wirbelsäule (z.B. Verkrümmungen, Versteifungen oder Fehlbildungen, nicht Muskelverspannungen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Krebskrankheiten (Bitte angeben an welchem Organ) -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstige Krankheiten oder Behinderungen, die länger als drei Monate gedauert haben		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
und zwar: -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Für Männer: Vergrößerte Vorsteherdrüse (Prostata)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9.	Wie häufig nehmen Sie folgende Medikamente ein?						
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen</u> an!						
		Täglich	Mehrmals wöchentlich	1-2mal wöchentlich	1-3mal monatlich	Selten	Nie
	Tabletten zur Senkung des Blutzuckerspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insulin-Spritzen zur Senkung des Blutzuckerspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittel zur Senkung des Blutfettspiegels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Blutdrucksenkende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Herzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kreislaufmittel/ Blutdrucksteigernde Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittel gegen Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittel gegen Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mittel für Lungen, Bronchien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erkältungs-/Grippemittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pille zur Schwangerschaftsverhütung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fortsetzung auf S. 7!						

Fortsetzung von Frage 9!	Wie häufig nehmen Sie folgende Medikamente ein?						
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>						
		Täglich	Mehrmals wöchentlich	1-2mal wöchentlich	1-3mal monatlich	Selten	Nie
	Andere Hormonpräparate (z.B. Schilddrüsenpräparate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Medikamente für Magen, Leber, Galle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlankheitsmittel, Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stärkungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlafmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsbeeinflussende Mittel (Psychopharmaka)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vitaminpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abführmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	und zwar: _____						
10.	Wie gehen Sie bei auftretenden Beschwerden (Erkältungen, Rückenschmerzen u. ä.) in der Regel vor?						
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>						
		Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	
	Ich nutze Hausmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich hole mir ein rezeptfreies Medikament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich lasse mir ein Rezept vom Arzt verordnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich greife auf früher verschriebene Medikamente zurück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich vermeide Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Wurden Sie während der letzten 12 Monaten in einem Krankenhaus für eine Nacht oder länger aufgenommen?						
	Nein	Ja, und zwar einmal		Ja, öfter, und zwar			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Mal				

12.	<p>Wann haben Sie zuletzt für sich die Hilfe eines niedergelassenen Arztes oder dessen Personals in Anspruch genommen? (Ausgenommen sind Arztkontakte, die Sie als stationärer Patient im Krankenhaus hatten.)</p> <p>Innerhalb der letzten:</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>4 Wochen</td> <td>2-3 Monate</td> <td>4-12 Monate</td> <td>1-5 Jahre</td> <td>Vor mehr als 5 Jahren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	4 Wochen	2-3 Monate	4-12 Monate	1-5 Jahre	Vor mehr als 5 Jahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wochen	2-3 Monate	4-12 Monate	1-5 Jahre	Vor mehr als 5 Jahren							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

13.	<p>Wie oft waren Sie in den letzten 3 Monaten bei niedergelassenen Ärzten?</p> <p>Insgesamt: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal</p>
-----	---

14.	<p>Welchen (Welche) der folgenden niedergelassenen Ärzte und anderen Therapeuten haben Sie</p> <p>a) in den letzten 3 Monaten wie häufig aufgesucht?</p> <p>b) in den letzten 12 Monaten wie häufig aufgesucht?</p>				
		a)		b)	
		In den letzten 3 Monaten		In den letzten 12 Monaten	
		Nie	Häufigkeit	Nie	Häufigkeit
	Allgemeinmediziner/praktischer Arzt	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Internist	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Augenarzt	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Orthopäde	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Psychologe/Psychotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Chirurg	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Hautarzt	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Röntgenarzt/Radiologe	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Urologe	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Zahnarzt	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
	Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal

Fortsetzung auf S. 9!

Fortsetzung von Frage 14!	Welchen (Welche) der folgenden niedergelassenen Ärzte und andere Therapeuten haben Sie				
	a) in den letzten 3 Monaten wie häufig aufgesucht?				
	b) in den letzten 12 Monaten wie häufig aufgesucht?				
		a) In den letzten 3 Monaten		b) In den letzten 12 Monaten	
		Nie	Häufigkeit	Nie	Häufigkeit
Krankengymnast/Physiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	
Nervenarzt, Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	
Sonstiger Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mal	
und zwar: _____					

15.	Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate an einer gesetzlichen Vorsorgeuntersuchung teilgenommen?	
Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!		
		Nein Ja
	Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krebs	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ärztliche Gesundheitsuntersuchung z.B. zur Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Check-ups)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf S. 10!	16.	Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die z.B. von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern, privaten Anbietern oder Selbsthilfegruppen durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen.						
	Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) schon einmal teilgenommen?							
	Sie können <u>Mehreres</u> ankreuzen!							
		Nein	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den vergangenen 12 Monaten	→	Hat sich dadurch Ihr Befinden/Gesundheitszustand verbessert?		
						Ja	Nein	
		Zur Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Zu gesunder Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zur Rücken- oder Wirbelsäulengymnastik (Rückenschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Zur Entspannung oder Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Zur Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>Fortsetzung von Frage 16!</p>	<p>Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die z.B. von Krankenkassen, Volkshochschulen, Gesundheitsämtern, privaten Anbietern oder Selbsthilfegruppen durchgeführt werden und sich beispielsweise mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen.</p> <p>Haben Sie an solchen Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) schon einmal teilgenommen?</p> <p>Sie können <u>Mehreres</u> ankreuzen!</p> <table border="1" data-bbox="327 427 1481 824"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">Nein</th> <th rowspan="2">Ja, vor mehr als 12 Monaten</th> <th rowspan="2">Ja, in den vergangenen 12 Monaten</th> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Hat sich dadurch Ihr Befinden/Gesundheitszustand verbessert?</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zur Alkoholentwöhnung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zur Drogenentwöhnung</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges,</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>→</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>und zwar: _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Nein	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den vergangenen 12 Monaten		Hat sich dadurch Ihr Befinden/Gesundheitszustand verbessert?		Ja	Nein	Zur Alkoholentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zur Drogenentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar: _____						
	Nein	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den vergangenen 12 Monaten		Hat sich dadurch Ihr Befinden/Gesundheitszustand verbessert?																																						
					Ja	Nein																																					
Zur Alkoholentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Zur Drogenentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
Sonstiges,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					
und zwar: _____																																											
<p>17.</p>	<p>Würden Sie an Kursen zur Gesundheitsförderung teilnehmen, auch wenn Sie die Kosten dafür vollständig selber tragen müssten?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>																																										
<p>18.</p>	<p>An wie vielen Tagen sind Sie in den letzten 4 Wochen den ganzen Tag oder den überwiegenden Teil des Tages wegen gesundheitlicher Beschwerden im Bett geblieben?</p> <p>Nicht bettlägerig <input type="checkbox"/> an <input type="checkbox"/></p> <p>Tagen bettlägerig</p>																																										
<p>19.</p>	<p>Gab es innerhalb der letzten 4 Wochen <u>zusätzlich</u> noch irgendeine Zeit, in der Sie wegen einer Krankheit, Verletzung oder Beschwerde in Ihren täglichen Beschäftigungen mehr als einen halben Tag eingeschränkt waren?</p> <p>Keine Einschränkung <input type="checkbox"/> an <input type="checkbox"/></p> <p>Tagen eingeschränkt</p>																																										
<p>20.</p>	<p>An wie vielen Tagen haben Sie in den letzten 4 Wochen wegen Krankheit nicht gearbeitet?</p> <p>an <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tagen Trifft nicht zu <input type="checkbox"/></p>																																										

Ernährung																													
<p>21.</p>	<p>Sind Sie der Meinung, dass Sie sich einigermaßen gesund ernähren?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>																												
<p>22.</p>	<p>Ich esse täglich regelmäßig zu bestimmten Zeiten</p> <table border="1" data-bbox="327 1809 1481 2042"> <thead> <tr> <th></th> <th>Stimmt vollkommen</th> <th>Stimmt im Allgemeinen</th> <th>Stimmt teilweise</th> <th>Stimmt kaum</th> <th>Stimmt überhaupt nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Frühstück</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mittagessen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Abendessen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>						Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht																								
Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								

23.	<p>Wann nehmen Sie vorwiegend Ihre Hauptmahlzeit ein? Bitte kreuzen Sie nur <u>eine Antwort</u> an!</p> <p>Früh <input type="checkbox"/></p> <p>Mittags <input type="checkbox"/></p> <p>Abends <input type="checkbox"/></p> <p>Zu anderen Zeiten <input type="checkbox"/></p> <p>Ich nehme keine Hauptmahlzeit ein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 25</p>																																																						
24.	<p>Ich nehme mir bei meiner Hauptmahlzeit genügend Zeit.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">Stimmt vollkommen</td> <td style="text-align: center;">Stimmt im Allgemeinen</td> <td style="text-align: center;">Stimmt teilweise</td> <td style="text-align: center;">Stimmt kaum</td> <td style="text-align: center;">Stimmt überhaupt nicht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht																																																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
25.	<p>Was finden Sie beim oder am Essen wichtig und was weniger wichtig? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen</u> an!</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sehr wichtig</th> <th style="text-align: center;">Eher wichtig</th> <th style="text-align: center;">Teils/Teils</th> <th style="text-align: center;">Eher unwichtig</th> <th style="text-align: center;">Völlig unwichtig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Essen muss satt machen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dass man beim Essen mit der Familie zusammen ist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen muss gesund sein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dass man beim Essen mit Freunden zusammen ist</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dass man sich beim Essen Zeit lässt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen muss preiswert sein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Das Essen muss schön angerichtet sein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Essen muss schmecken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Sehr wichtig	Eher wichtig	Teils/Teils	Eher unwichtig	Völlig unwichtig	Essen muss satt machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dass man beim Essen mit der Familie zusammen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen muss gesund sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dass man beim Essen mit Freunden zusammen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dass man sich beim Essen Zeit lässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen muss preiswert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Das Essen muss schön angerichtet sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen muss schmecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr wichtig	Eher wichtig	Teils/Teils	Eher unwichtig	Völlig unwichtig																																																		
Essen muss satt machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Dass man beim Essen mit der Familie zusammen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Essen muss gesund sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Dass man beim Essen mit Freunden zusammen ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Dass man sich beim Essen Zeit lässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Essen muss preiswert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Das Essen muss schön angerichtet sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
Essen muss schmecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																		
26.	<p>Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Nahrungsmittel zu sich? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen</u> an!</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">(Fast) täglich</th> <th style="text-align: center;">Mehrmals in der Woche</th> <th style="text-align: center;">Etwa einmal in der Woche</th> <th style="text-align: center;">2-3mal im Monat</th> <th style="text-align: center;">1mal im Monat oder seltener</th> <th style="text-align: center;">Nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fleisch (inkl. Geflügel, ohne Wurst)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wurstwaren, Schinken</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fisch (inkl. Konserven)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eier</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fortsetzung auf S. 12!</p>		(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie	Fleisch (inkl. Geflügel, ohne Wurst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fisch (inkl. Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
	(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie																																																	
Fleisch (inkl. Geflügel, ohne Wurst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Fisch (inkl. Konserven)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																	

Fortsetzung von Frage 26!	Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Nahrungsmittel zu sich?					
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!					
	(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	2-3mal im Monat	1 mal im Monat oder seltener	Nie
Käse (Schnittkäse, Weichkäse, Hartkäse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quark, Joghurt, Frischkäse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisch- oder Tiefkühlgemüse (gekocht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konservengemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blattsalat, Rohkostsalat, rohes Gemüse (z. B. Tomaten, Möhren, Paprika)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln, Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gekochte Kartoffeln (Salzkartoffeln, Pellkartoffeln, Kartoffelbrei, -klöße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebratene oder frittierte Kartoffeln (Bratkartoffeln, Kroketten, Pommes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornbrot, -brötchen, Mehrkornbrot, -brötchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weißbrot, Brötchen, Graubrot, Mischbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen, Kekse, Gebäck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßwaren (z. B. Schokolade) und Knabberartikel (z. B. Chips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter als Brotaufstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarine als Brotaufstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bratwurst, Currywurst, Hamburger, Döner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kebab, Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte (Komplettmenüs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27.	Was ist Ihnen bei der Auswahl von Lebensmitteln besonders wichtig und was weniger wichtig?					
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>					
	Lebensmittel sollten...					
		Sehr wichtig	Eher wichtig	Teils/Teils	Eher unwichtig	Völlig unwichtig
	fettreduziert sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vitaminreich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ballaststoffreich sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	aus ökologischer Produktion sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aus eigener Produktion sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aus eigener Region sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Getränke und Alkohol

28.	Wie viel Liter Flüssigkeit trinken Sie täglich insgesamt?						
	0-1 Liter <input type="checkbox"/>	1-2 Liter <input type="checkbox"/>	2-3 Liter <input type="checkbox"/>	Mehr als 3 Liter <input type="checkbox"/>			
29.	Wie häufig nehmen Sie die nachfolgend aufgeführten einzelnen Getränke zu sich?						
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>						
		(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie
	Vollmilch (3,5 % Fett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fettarme Milch, Butter-, Sauermilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tee (schwarz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kräutertee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alkoholfreies Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biermixgetränke (Radler, Alster, Cola-Bier u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wein, Sekt, Obstwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Likör, klare Schnäpse u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortsetzung auf S. 14!							

Fortsetzung von Frage 29!

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

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	(Fast) täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie
Alkopops (Rigo, Smirnoff Ice u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalorienarme Erfrischungsgetränke (diätetische Limonade, Diätfruchtsaftgetränke, Brause mit Süßstoff, Cola light u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Erfrischungsgetränke („normale“ Limonade, Fanta, Cola u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30.

Wie viel Alkohol nehmen Sie in etwa pro Tag zu sich?

Wein, Sekt, Obstweine

- 5 Gläser (1 Glas = 0,25 l) und mehr
- 3 bis 4 Gläser
- 2 Gläser
- 1 Glas
- Weniger als 1 Glas
- Trinke (fast) nie Wein, Sekt, bzw. Obstwein

Bier

- Mehr als 2 Liter
- 1 bis 2 Liter
- ½ bis 1 Liter
- ¼ bis ½ Liter
- Weniger als ¼ Liter
- Trinke (fast) nie Bier

Fortsetzung auf S. 15!

Fortsetzung Frage 30!	<p>Wie viel Alkohol nehmen Sie in etwa <u>pro Tag</u> zu sich?</p> <p>Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Liköre, klare Schnäpse u. ä.)</p> <p>10 kleine Gläser (1 Glas = 2cl) und mehr <input type="checkbox"/></p> <p>5 bis 9 kleine Gläser <input type="checkbox"/></p> <p>3 bis 4 kleine Gläser <input type="checkbox"/></p> <p>2 kleine Gläser <input type="checkbox"/></p> <p>1 kleines Glas <input type="checkbox"/></p> <p>Weniger als 1 kleines Glas <input type="checkbox"/></p> <p>Trinke (fast) nie hochprozentige alkoholische Getränke <input type="checkbox"/></p>
--------------------------	--

Rauchen und Nichtrauchen

31.	<p>Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?</p> <p style="text-align: right;">Wann aufgehört?</p> <p style="text-align: center;">Monat Jahr</p> <p>Habe früher geraucht, rauche jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> → <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>Rauche zurzeit <input type="checkbox"/></p> <p>Habe noch nie geraucht <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 35</p>						
32.	<p>Wie viel rauchen Sie jetzt gewöhnlich pro Tag, bzw., falls Sie nicht mehr rauchen, wie viel haben Sie geraucht?</p> <p>Zigaretten <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Stück pro Tag</p> <p>Zigarren, Zigarillos, Stumpen <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Stück pro Tag</p> <p>Pfeife <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Stück pro Tag</p>						
33.	<p>Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, regelmäßig – wenn auch nur in kleinen Mengen – zu rauchen?</p> <p><table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Jahre</p>						
34.	<p>Wie oft haben Sie schon versucht, das Rauchen aufzugeben?</p> <p style="text-align: center;"> Nie Einmal Zweimal Dreimal Öfter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>						

35.	Treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?			
		Ja	Nein	Weiß nicht
	Mein Vater raucht(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meine Mutter raucht(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sport, körperliche Aktivitäten und Freizeit

36.	Betreiben Sie regelmäßig Sport?	
	Regelmäßig, mehr als 4 Stunden in der Woche.....	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßig, 2-4 Stunden in der Woche.....	<input type="checkbox"/>
	Regelmäßig, 1-2 Stunden in der Woche.....	<input type="checkbox"/>
	Weniger als 1 Stunde in der Woche.....	<input type="checkbox"/>
	Keine sportliche Betätigung.....	<input type="checkbox"/>

37.	Wie oft haben Sie die unten aufgeführten Freizeitaktivitäten, Sportarten oder körperlichen Betätigungen <u>in den letzten drei Monaten</u> ausgeübt?					
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!					
		Nie	Einmal im Monat und seltener	Zwei-, dreimal im Monat	Einmal in der Woche	Mehrmals in der Woche
	Längere Wege zu Fuß gehen (Spazieren gehen, Wege zur Arbeit, Einkaufen u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wandern, Bergwandern, Bergsteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fahrradfahren (einschl. Wege zur Arbeit, zum Einkaufen u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tanzen, Ballett, Jazz-Tanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Turnen, Aerobic, Aqua- Fitness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rollschuh-/Schlittschuhlaufen, Inlineskating	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schwimmen (nicht baden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dauerlauf, Jogging, Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leichtathletik (Laufen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fuß-, Hand-, Basket-, Volleyball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rudern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Boxen, Ringen, Fechten, Judo, Karate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf S. 17!

Fortsetzung von Frage 37!	Wie oft haben Sie die unten aufgeführten Freizeitaktivitäten, Sportarten oder körperlichen Betätigungen in den letzten drei Monaten ausgeübt?					
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!					
		Nie	Einmal im Monat und seltener	Zwei-, dreimal im Monat	Einmal in der Woche	Mehrmals in der Woche
	Tischtennis, Federball	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tennis, Squash	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fitnessstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heimtraining (Fahrrad, Expander u. ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autogenes Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoga, Tai-Chi, Qi-Gong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Progressive Muskelentspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
und zwar: _____						
38.	Wer organisiert Ihre Hauptsportart?					
Ich selbst.....					<input type="checkbox"/>	
Sportverein.....					<input type="checkbox"/>	
Privater Anbieter (z.B. Fitnessstudio).....					<input type="checkbox"/>	
Kommunale, kirchliche o. ä. Einrichtung (z.B. Volkshochschulen).....					<input type="checkbox"/>	
Sonstiges,					<input type="checkbox"/>	
und zwar: _____						
39.	Welche Beweggründe haben Sie, Sport zu treiben?					
Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!						
	Stimmt vollkommen	Stimmt im Allgemeinen	Stimmt teilweise	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht	
Spaß oder Geselligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Freude an Leistung oder Wettkampf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allgemeines Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fitbleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Figur bzw. Aussehen verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausbildung und Beruf

40.	<p>Welchen Schulabschluss haben Sie?</p> <p>Förder- und Sonderschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>Abschluss 8. Klasse <input type="checkbox"/></p> <p>Volksschul-/Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>Mittlere Reife, Realschulabschluss <input type="checkbox"/></p> <p>Abschluss 10. Klasse (POS) <input type="checkbox"/></p> <p>Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule) <input type="checkbox"/></p> <p>Abitur (Hochschulreife), auch Berufsausbildung mit Abitur <input type="checkbox"/></p> <p>Anderen Schulabschluss, <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">und zwar: _____</p>
	<p>Nichts davon, habe (noch) keinen Schulabschluss <input type="checkbox"/></p>
41.	<p>Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung oder Hochschulausbildung?</p> <p>Wenn ja: welche?</p> <p>Falls Sie mehrere Ausbildungen abgeschlossen haben, <u>geben Sie bitte alle an!</u></p> <p>Gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre <input type="checkbox"/></p> <p>Kaufmännische oder sonstige Lehre <input type="checkbox"/></p> <p>Berufsfachschule, Handelsschule <input type="checkbox"/></p> <p>Schule des Gesundheitswesens <input type="checkbox"/></p> <p>Fachschule (z.B. Meister-, Technikerschule) <input type="checkbox"/></p> <p>Beamtenausbildung <input type="checkbox"/></p> <p>Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/></p> <p>Universität, Hochschule <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiger Ausbildungsabschluss, <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">und zwar: _____</p>
	<p>Nichts davon, habe (noch) keinen Ausbildungsabschluss <input type="checkbox"/></p>
42.	<p>Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre <u>derzeitige</u> Situation zu?</p> <p>Voll berufstätig (jeden Arbeitstag ganztätig, auch wenn im Familienbetrieb – nicht Lehrling, nicht Ein-Euro-Job oder ABM) <input type="checkbox"/></p> <p>Teilweise berufstätig (halbtags, Altersteilzeit, auch wenn im Familienbetrieb – nicht Lehrling)..... <input type="checkbox"/></p> <p>Geringfügig beschäftigt (weniger als 400 Euro im Monat bzw. 15 Stunden die Woche)..... <input type="checkbox"/></p>
<p>Fortsetzung auf S. 19!</p>	

Fortsetzung von Frage 42!	Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre <u>derzeitige</u> Situation zu?	
	Berufstätig im Rahmen einer Förderung durch die Arbeitsagentur/ARGE	
	Ein Euro Job (Arbeitsgelegenheit in der Mehraufwandsvariante).....	<input type="checkbox"/>
	ABM (Arbeitsbeschaffungsmaßnahme).....	<input type="checkbox"/>
	Aufstocker (Leistungen zur Grundsicherung).....	<input type="checkbox"/>
	Eingliederungszuschuss.....	<input type="checkbox"/>
	Arbeitslos gemeldet.....	<input type="checkbox"/>
	Altersrente/pensioniert.....	<input type="checkbox"/>
	Vorzeitig in Rente/pensioniert.....	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, vorzeitig in Rente/pensioniert aus gesundheitlichen Gründen.....	<input type="checkbox"/>
	Ausbildung/Lehre.....	<input type="checkbox"/>
	Berufliche Weiterbildung/Umschulung.....	<input type="checkbox"/>
	Schulische Ausbildung/Studium.....	<input type="checkbox"/>
	Wehr-/Zivildienstleistender/freiwilliges soziales Jahr	<input type="checkbox"/>
Vorübergehende Freistellung (z.B. öffentlicher Dienst, Erziehungsurlaub).....	<input type="checkbox"/>	
Lebe überwiegend von Sozialhilfe.....	<input type="checkbox"/>	
Hausfrau/Hausmann/nicht (mehr) berufstätig.....	<input type="checkbox"/>	

Berufstätigkeit und Belastung

43.	<p>Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zurzeit aus bzw. (falls nicht mehr berufstätig) welche berufliche Tätigkeit haben Sie zuletzt ausgeübt?</p> <p>Bitte geben Sie die genaue Tätigkeitsbezeichnung an, also z.B. nicht kaufmännischer Angestellter, sondern „Lohnbuchhalter“. Als Beamter geben Sie bitte Ihre Amtsbezeichnung an, als Auszubildender Ihren Ausbildungsberuf.</p> <p style="text-align: right;">Jahre Monate</p> <p>----- Wie lange? <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 25px;" type="text"/></p> <p>Trifft nicht zu, habe noch keine berufliche Tätigkeit ausgeübt <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 58</p>
44.	<p>In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit bzw. (falls nicht berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?</p> <p>Arbeiter</p> <p>Ungelernter Arbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>Angelernter Arbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>Gelernte und Facharbeiter <input type="checkbox"/></p> <p>Vorarbeiter, Kolonnenführer <input type="checkbox"/></p> <p>Meister, Polier <input type="checkbox"/></p>

Fortsetzung auf S. 20!

<p>Fortsetzung von Frage 44!</p>	<p>In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit bzw. (falls nicht berufstätig) waren Sie zuletzt beschäftigt?</p> <p>Selbstständiger</p> <p>Selbstständiger Landwirt <input type="checkbox"/></p> <p>Freie Berufe, selbstständiger Akademiker <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiger Selbstständiger..... <input type="checkbox"/></p> <p>Falls selbständig,</p> <p>Keine weiteren Mitarbeiter..... <input type="checkbox"/></p> <p>1 bis 4 Mitarbeiter..... <input type="checkbox"/></p> <p>5 und mehr Mitarbeiter..... <input type="checkbox"/></p> <p>Mithelfende Familienangehöriger..... <input type="checkbox"/></p> <p>Angestellter <input type="checkbox"/></p> <p>Industrie- und Werkmeister im Angestelltenverhältnis <input type="checkbox"/></p> <p>Angestellte in einfacher Tätigkeit <input type="checkbox"/> (z.B. Verkäufer, Kontorist, Stenotypist)</p> <p>Angestellte mit qualifizierter Tätigkeit <input type="checkbox"/> (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, Technischer Zeichner)</p> <p>Angestellte mit hochqualifizierter Tätigkeit oder Leitungsfunktionen <input type="checkbox"/> (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter)</p> <p>Angestellte mit umfassenden Führungsaufgaben <input type="checkbox"/> (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände)</p> <p>Beamter (einschließlich Richter und Berufssoldaten)</p> <p>Einfacher Dienst <input type="checkbox"/></p> <p>Mittlerer Dienst <input type="checkbox"/></p> <p>Gehobener Dienst <input type="checkbox"/></p> <p>Höherer Dienst <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges</p> <p>z.B. Auszubildende, Schüler, Studenten, Wehrpflichtige, Zivildienstleistende, Praktikanten <input type="checkbox"/></p>
<p>45.</p> <p>Fortsetzung auf S 21!</p>	<p>Zu welcher Branche gehört(e) der Betrieb, in dem Sie zurzeit arbeiten bzw. zuletzt gearbeitet haben?</p> <p>Land- und Forstwirtschaft <input type="checkbox"/></p> <p>Energiewirtschaft, Bergbau <input type="checkbox"/></p> <p>Verarbeitendes Gewerbe</p> <p>Baugewerbe <input type="checkbox"/></p> <p>Chemische Industrie <input type="checkbox"/></p> <p>Eisen- und Stahlindustrie <input type="checkbox"/></p>

<p>Fortsetzung von Frage 45!</p>	<p>Zu welcher Branche gehört(e) der Betrieb, in dem Sie zurzeit arbeiten bzw. zuletzt gearbeitet haben?</p> <p>Maschinenbau <input type="checkbox"/></p> <p>Automobilindustrie und Kfz-Gewerbe <input type="checkbox"/></p> <p>Elektrotechnik, Feinmechanik, Optik <input type="checkbox"/></p> <p>Papier und Druck <input type="checkbox"/></p> <p>Textil, Leder, Bekleidung <input type="checkbox"/></p> <p>Nahrungs- und Genussmittelindustrie <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges im verarbeitenden Gewerbe, <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">und zwar: _____</p> <p>Dienstleistungen</p> <p>Handel <input type="checkbox"/></p> <p>Banken und Versicherungen <input type="checkbox"/></p> <p>Verkehr, Bahn und Post <input type="checkbox"/></p> <p>Erziehungswesen, Sozial und Gesundheitsdienste <input type="checkbox"/></p> <p>Reinigungs-, Hotel und Gaststättengewerbe <input type="checkbox"/></p> <p>Behörden, Gemeindeverwaltung, Sozialversicherungen <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstiges im Dienstleistungsbereich, <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">und zwar: _____</p>
<p>46.</p>	<p>Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit (bzw. arbeiteten Sie zuletzt) durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf?</p> <p>Rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende Überstunden ein!</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Stunden/Woche </p>
<p>47.</p>	<p>Ist Ihre derzeitige (letzte) Beschäftigung befristet (gewesen)?</p> <p>Ja..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/></p>
<p>48.</p>	<p>Wie lange sind (oder waren) Sie in diesem Beschäftigungsverhältnis tätig?</p> <p style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Monate </p>
<p>49.</p>	<p>Arbeiten Sie in Zeit- bzw. Leiharbeit?</p> <p>Ja..... <input type="checkbox"/> Nein..... <input type="checkbox"/></p>

50.	<p>Die Erwerbstätigkeit kann für jeden Menschen eine andere Bedeutung haben. In welchem Maße stimmen Sie jeder dieser Meinungen zu?</p> <p>Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u></p> <p style="text-align: center;">Für mich bedeutet Erwerbstätigkeit...</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="text-align: center;">Stimme vollkommen zu</th> <th style="text-align: center;">Stimme im Allgemeinen zu</th> <th style="text-align: center;">Stimme teilweise zu</th> <th style="text-align: center;">Stimme kaum zu</th> <th style="text-align: center;">Stimme überhaupt nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...Möglichkeit, für den Lebensunterhalt selbst zu sorgen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...unter anderen Menschen/Kollegen zu sein, die eigenen vier Wände zu verlassen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...die Möglichkeit, Erfolge zu haben und Anerkennung zu finden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...täglichen Stress und wenig freie Zeit für sich und die Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...Selbstverwirklichung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...nur notwendiges Mittel zum Geldverdienen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...das Gefühl, gebraucht zu werden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...das Wichtigste in meinem Leben</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Stimme vollkommen zu	Stimme im Allgemeinen zu	Stimme teilweise zu	Stimme kaum zu	Stimme überhaupt nicht zu	...Möglichkeit, für den Lebensunterhalt selbst zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...unter anderen Menschen/Kollegen zu sein, die eigenen vier Wände zu verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...die Möglichkeit, Erfolge zu haben und Anerkennung zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...täglichen Stress und wenig freie Zeit für sich und die Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...Selbstverwirklichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...nur notwendiges Mittel zum Geldverdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...das Gefühl, gebraucht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	...das Wichtigste in meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	Stimme vollkommen zu	Stimme im Allgemeinen zu	Stimme teilweise zu	Stimme kaum zu	Stimme überhaupt nicht zu																																																																	
...Möglichkeit, für den Lebensunterhalt selbst zu sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...unter anderen Menschen/Kollegen zu sein, die eigenen vier Wände zu verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...die Möglichkeit, Erfolge zu haben und Anerkennung zu finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...täglichen Stress und wenig freie Zeit für sich und die Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...Selbstverwirklichung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...nur notwendiges Mittel zum Geldverdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...das Gefühl, gebraucht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
...das Wichtigste in meinem Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																	
51.	<p>Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer derzeitigen bzw. belasteten Sie in Ihrer letzten Berufstätigkeit? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 40%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">Belastet(e) mich...</th> <th rowspan="2" style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Stark</th> <th style="text-align: center;">Wenig</th> <th style="text-align: center;">Überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">Trifft/traf nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Überstunden, lange Arbeitszeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ausschließlich Nachtarbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wechselschicht ohne Nachtarbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wechselschicht mit Nachtarbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Akkord- oder Stückarbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lärm</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Chemische Schadstoffe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hitze, Kälte, Nässe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fließbandarbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arbeit am Bildschirm; EDV-Terminal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Körperlich schwere Arbeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unangenehme oder einseitig körperliche Beanspruchung, Körperhaltung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Belastet(e) mich...				Stark	Wenig	Überhaupt nicht	Trifft/traf nicht zu	Überstunden, lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausschließlich Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechselschicht ohne Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wechselschicht mit Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Akkord- oder Stückarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chemische Schadstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hitze, Kälte, Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fließbandarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arbeit am Bildschirm; EDV-Terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unangenehme oder einseitig körperliche Beanspruchung, Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Belastet(e) mich...																																																																					
	Stark	Wenig	Überhaupt nicht		Trifft/traf nicht zu																																																																	
Überstunden, lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Ausschließlich Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Wechselschicht ohne Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Wechselschicht mit Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Akkord- oder Stückarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Chemische Schadstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Hitze, Kälte, Nässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Fließbandarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Arbeit am Bildschirm; EDV-Terminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Unangenehme oder einseitig körperliche Beanspruchung, Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Fortsetzung auf S. 23!																																																																						

Fortsetzung von Frage 51!	Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer derzeitigen bzw. belasteten Sie in Ihrer letzten Berufstätigkeit? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>	Belastet(e) mich...			Trifft/traf nicht zu
		Stark	Wenig	Überhaupt nicht	
	Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeitstempo wird durch Maschinen bestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Starke Konzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Widersprüchliche Anforderungen, Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Langweilige, gleichförmige Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Zwang zu schnellen Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hohe Verantwortung für Maschinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hohe Verantwortung für Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Starke Konkurrenz durch Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Keine Gespräche mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52.	Haben (bzw. hatten) sich in Ihrem Arbeitsbereich die Beziehungen der Kollegen in der letzten Zeit verändert? Betrachten Sie den Zeitraum der letzten 5 Jahre! Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u>	Eher zugenommen Gleich geblieben Eher abgenommen			Trifft nicht zu
Offenheit, Ehrlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zusammenhalt, Kameradschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hilfe, Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konkurrenz untereinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Streit, Unzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neid, Missgunst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobbing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

53.	Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf Ihren derzeitigen bzw. letzten Beruf.					
	Bitte geben Sie für <u>jede</u> der Fragen die zutreffende Antwort an.					
		Ja	Nein	Falls nein, das belastet(e) mich		
				Stark	Mäßig	Überhaupt nicht
	Wenn Sie an ihre Ausbildung denken, halten Sie die berufliche Stellung für angemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn Sie an all die erbrachten Leistungen denken, halten Sie die erfahrene Anerkennung für angemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn Sie an die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denken, halten Sie die persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn Sie an die erbrachten Leistungen denken, halten Sie ihr Gehalt / den Lohn für angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Die folgenden Fragen betreffen nur berufstätige Personen. Falls Sie **derzeit nicht berufstätig** sind: → Weiter mit Frage 58

54.	Wie weit ist der Arbeitsplatz von Ihrer Hauptwohnung entfernt?
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Km

55.	Wie viele Minuten ist der Arbeitsplatz von Ihrer Hauptwohnung entfernt?
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Min Trifft nicht zu, da ich am Arbeitsplatz wohne..... <input type="checkbox"/>
	Und wie oft pendeln Sie diese Strecke?
	Täglich..... <input type="checkbox"/> Wöchentlich..... <input type="checkbox"/> Öfter..... <input type="checkbox"/>

56.	Im Folgenden finden Sie einige Aussagen zum Feierabend. Wie oft kommt es vor, dass...				
	Häufig	Manchmal	Selten	Nie	
	Ihnen die Arbeit nicht aus dem Kopf geht, so dass Sie noch Stunden daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie sich am Feierabend müde, erschöpft fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie sich am Feierabend unbefriedigt oder bedrückt fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sie am Feierabend das Bedürfnis haben, früh zu Bett zu gehen und zu schlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57.	Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass innerhalb der nächsten zwei Jahre...				Gesundheitliche Gründe sind dabei...		
		Sicher	Möglich	Eher unwahrscheinlich	Ausschlaggebend	Auch vorhanden	Nicht vorhanden
	...Sie selbst Ihren Arbeitsplatz verlieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie von sich aus eine neue Arbeitsstelle suchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie in Ihrem jetzigen Betrieb einen beruflichen Aufstieg schaffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie Ihren derzeitigen Beruf aufgeben und in einem anderen Beruf neu anfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie sich in Ihrer jetzigen Position beruflich verschlechtern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie sich selbständig machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...Sie Ihre Erwerbstätigkeit ganz oder vorübergehend aufgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeitslosigkeit	
58.	<p>Waren Sie <u>schon einmal</u> oder sind Sie <u>zurzeit</u> arbeitslos?</p> <p>Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>→ Weiter mit Frage 67</p> <p>Wenn Ja, wie oft waren Sie bisher, einschließlich jetzt, arbeitslos?</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> mal</p>
59.	<p>Wie viele Monate waren Sie insgesamt bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt arbeitslos?</p> <p>Bitte zählen Sie alle Zeiträume, in denen Sie bisher arbeitslos waren, zusammen.</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monate</p>
60.	<p>Wie lange ist es her, dass Sie das letzte Mal arbeitslos waren?</p> <p>Bin zurzeit arbeitslos <input type="checkbox"/></p> <p>Bis zu einem Jahr <input type="checkbox"/></p> <p>Ein bis zwei Jahre <input type="checkbox"/></p> <p>Länger als zwei Jahre <input type="checkbox"/></p>

61.	An wie vielen Fördermaßnahmen/Leistungen der Arbeitsagentur bzw. Arge haben Sie seit dem Jahre 2005 teilgenommen?		
		Anzahl	
	Trainingsmaßnahme.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal
	Berufliche Weiterbildung/Umschulung.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal
	Arbeitsgelegenheit.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal
	Arbeitsbeschaffungsmaßnahme.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal
	Andere Maßnahmen.....	<input type="text"/> <input type="text"/>	Mal

Die folgenden Fragen betreffen Ihre aktuelle Situation. Falls Sie **zurzeit nicht arbeitslos** sind: → Weiter mit Frage 67

62.	Wie lange sind Sie jetzt schon arbeitslos?	
	Unter 3 Monate	<input type="checkbox"/>
	3 bis unter 6 Monate	<input type="checkbox"/>
	6 bis unter 12 Monate	<input type="checkbox"/>
	12 bis unter 24 Monate	<input type="checkbox"/>
	2 bis unter 5 Jahre.....	<input type="checkbox"/>
	5 Jahre und länger.....	<input type="checkbox"/>

63.	Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?			
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen</u> an!			
		Trifft auf mich...zu		
		Sehr	Teilweise	Überhaupt nicht
	Es beunruhigt mich, dass ich nicht weiß, ob ich wieder eine neue Arbeit bekommen werde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich mache mir viel mehr Sorgen um meine Zukunft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich überdenke meine Lebensplanung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich denke öfters über einen Berufswechsel oder eine Umschulung nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich komme mir manchmal richtig überflüssig vor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe das Gefühl, abgeschoben und ausgegrenzt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das viele zu Hause sein geht mir auf die Nerven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mir fehlt der gewohnte Kontakt zu den Kollegen, Kunden etc..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es fällt mir schwer, Freunden und Bekannten von meiner Arbeitslosigkeit zu erzählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf S. 27!

<p>Fortsetzung von Frage 63!</p>	<p>Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Trifft auf mich...zu</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Sehr</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Teilweise</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Überhaupt nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>In der Familie gibt es häufiger als sonst Ärger</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich gehe nicht mehr so oft zu Bekannten und Freunden wie früher</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich frage mich oft, ob ich nicht selbst an meiner Arbeitslosigkeit schuld bin</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe inzwischen gemerkt, dass es gar nicht so schlimm ist, arbeitslos zu sein</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Endlich habe ich einmal Zeit für Dinge, die mir Spaß machen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mir ist es ganz lieb, wieder mehr für die Familie tun zu können</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Trifft auf mich...zu				Sehr	Teilweise	Überhaupt nicht	In der Familie gibt es häufiger als sonst Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich gehe nicht mehr so oft zu Bekannten und Freunden wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich frage mich oft, ob ich nicht selbst an meiner Arbeitslosigkeit schuld bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe inzwischen gemerkt, dass es gar nicht so schlimm ist, arbeitslos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endlich habe ich einmal Zeit für Dinge, die mir Spaß machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mir ist es ganz lieb, wieder mehr für die Familie tun zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	Trifft auf mich...zu																																								
	Sehr	Teilweise	Überhaupt nicht																																						
In der Familie gibt es häufiger als sonst Ärger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich gehe nicht mehr so oft zu Bekannten und Freunden wie früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich frage mich oft, ob ich nicht selbst an meiner Arbeitslosigkeit schuld bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe inzwischen gemerkt, dass es gar nicht so schlimm ist, arbeitslos zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Endlich habe ich einmal Zeit für Dinge, die mir Spaß machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Mir ist es ganz lieb, wieder mehr für die Familie tun zu können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<p>64.</p>	<p>Was meinen Sie: Hat sich Ihr Freundeskreis verändert, seitdem Sie arbeitslos sind?</p> <p>Nein, er hat sich nicht/kaum verändert..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, er ist größer geworden <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, er ist kleiner geworden <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, die Zusammensetzung hat sich geändert; Ich habe jetzt andere Freunde <input type="checkbox"/></p>																																								
<p>65.</p>	<p>Was bedeutet die Arbeitslosigkeit finanziell für Sie? Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen an!</u></p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th colspan="3" style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Trifft auf mich...</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Sehr</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Teilweise</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Überhaupt nicht zu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ich habe die Ersparnisse angreifen müssen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe Schulden machen müssen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe anstehende Zahlungen nicht leisten können</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich bin mit der Miete in Verzug geraten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe vorgesehene Anschaffungen zurückgestellt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe mich mit Ausgaben sehr eingeschränkt</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe mich mit dem Arbeitslosengeld eingerichtet</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ich habe finanzielle Schwierigkeiten</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Trifft auf mich...				Sehr	Teilweise	Überhaupt nicht zu	Ich habe die Ersparnisse angreifen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe Schulden machen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe anstehende Zahlungen nicht leisten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich bin mit der Miete in Verzug geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe vorgesehene Anschaffungen zurückgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe mich mit Ausgaben sehr eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe mich mit dem Arbeitslosengeld eingerichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ich habe finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Trifft auf mich...																																								
	Sehr	Teilweise	Überhaupt nicht zu																																						
Ich habe die Ersparnisse angreifen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe Schulden machen müssen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe anstehende Zahlungen nicht leisten können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich bin mit der Miete in Verzug geraten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe vorgesehene Anschaffungen zurückgestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe mich mit Ausgaben sehr eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe mich mit dem Arbeitslosengeld eingerichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
Ich habe finanzielle Schwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
<p>66.</p>	<p>Wie schätzen Sie Ihre Chancen ein, wieder eine Stelle zu finden, die Ihren beruflichen Erfahrungen und Ihrer Qualifikation entspricht?</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 20%;">Sehr gut</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Gut</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Mäßig</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Schlecht</td> <td style="text-align: center; width: 20%;">Sehr Schlecht</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Sehr Schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Sehr Schlecht																																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																					

Familie und Netzwerke

Mit den folgenden Fragen möchten wir erfahren, welche Menschen derzeit in Ihrem Leben eine besonders wichtige Rolle spielen.

67.

Wie oft haben Sie normalerweise persönlichen Kontakt zu den jeweiligen Personen?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	Täglich	Mehrmals in der Woche	Einmal in der Woche	1-3 mal im Monat	Mehrmals im Jahr	Sel- tener	Nie	Trifft nicht zu
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehepartner (Lebensgefährte)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelkinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Verwandte..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68.

Wie sieht normalerweise Ihr Kontakt zu den jeweiligen Personen aus?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!

	Persönlich	Telefonisch	Schriftlich	E-Mail	Trifft nicht zu
Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehepartner (Lebensgefährte)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großeltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enkelkinder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Verwandte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

69.	<p>Wie viele Personen – einschließlich ihrer Familie – kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich im Notfall völlig verlassen können?</p> <p>Keine Person <input type="checkbox"/></p> <p>1 Person <input type="checkbox"/></p> <p>2 bis 3 Personen <input type="checkbox"/></p> <p>4 und mehr Personen <input type="checkbox"/></p>																												
70.	<p>An welche Person oder welche Personen würden Sie sich wenden, wenn Sie wegen Krankheit ein paar Tage im Bett bleiben müssten und jemanden bräuchten, der nach Ihnen schaut, Sie versorgt oder für Sie einkauft?</p> <p>Sie können Mehreres ankreuzen!</p> <p>Nachbarn <input type="checkbox"/></p> <p>Freunde <input type="checkbox"/></p> <p>Vater <input type="checkbox"/></p> <p>Mutter <input type="checkbox"/></p> <p>Ehepartner (Lebensgefährte) <input type="checkbox"/></p> <p>Kinder <input type="checkbox"/></p> <p>Geschwister <input type="checkbox"/></p> <p>Großeltern <input type="checkbox"/></p> <p>Enkelkinder <input type="checkbox"/></p> <p>andere Verwandte <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige <input type="checkbox"/></p> <p>An niemanden <input type="checkbox"/></p>																												
71.	<p>Haben sich in Ihrem sozialen Umfeld die Beziehungen in den letzten zehn Jahren verändert?</p> <p>Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile ein Kästchen</u> an!</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Eher zugenommen</th> <th style="text-align: center;">Gleich geblieben</th> <th style="text-align: center;">Eher abgenommen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zusammenhalt im Dorf</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Konkurrenz im Dorf</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Unterstützung in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikte in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Treffen mit Freunden</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hilfen durch Nachbarn</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Eher zugenommen	Gleich geblieben	Eher abgenommen	Zusammenhalt im Dorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konkurrenz im Dorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterstützung in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Konflikte in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treffen mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hilfen durch Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eher zugenommen	Gleich geblieben	Eher abgenommen																										
Zusammenhalt im Dorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Konkurrenz im Dorf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Unterstützung in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Konflikte in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Treffen mit Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Hilfen durch Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										

72.

Im Folgenden lesen Sie nun eine Reihe von Situationen oder Tätigkeiten, die im täglichen Leben vorkommen. Bitte nennen Sie die entsprechenden Personen. Dazu können Sie Mehrfachantworten geben!

	Ehepart- ner/ Lebens- gefährte	Kinder	Eltern	Geschwister	Groß- eltern	Enkel- kinder	Sonstige Ver- wandte	Sonstige (z.B. Freunde, Kollegen)	Niemand
Mit wem besprechen Sie Dinge, die Ihnen persönlich wichtig sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit wem nehmen Sie – ob an Wochenenden oder Werktags – regelmäßig gemeinsame Mahlzeiten ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu wem haben Sie eine sehr enge gefühlsmäßige Bindung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit wem verbringen Sie hauptsächlich Ihre Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von welcher Person erwarten Sie, dass sie Sie im Bedarfsfall finanziell unterstützt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensführung

73.

Welche der aufgeführten Tätigkeiten, außer regulärer Erwerbstätigkeit, führen Sie regelmäßig aus?

Sagen Sie bitte auch, wieviel Zeit Sie ungefähr mit der jeweiligen Tätigkeit pro Woche verbringen.

Tätigkeit	Nein	Ja	Zeitangabe in Stunden/Minuten
Haushaltsarbeiten (z. B. Putzen, Waschen, Kochen, Aufräumen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Einkaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Vieh versorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Handarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Handwerkliche Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Kinder betreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> : <input type="text"/>



Fort-
setzung
auf S. 31!

Fortsetzung
von Frage
73!

Welche der aufgeführten Tätigkeiten, außer regulärer Erwerbstätigkeit, führen Sie regelmäßig aus?

Sagen Sie bitte auch, wieviel Zeit Sie ungefähr mit der jeweiligen Tätigkeit pro Woche verbringen.

Tätigkeit	Nein	Ja	Zeitangabe in Stunden/Minuten	
Enkel betreuen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflege/Betreuung von Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mit dem Partner etwas unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mit Freunden etwas unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zeitung lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Bücher lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Radio hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
In die Gaststätte, Kneipe gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausgehen (z.B. Kino, Tanz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etwas dazu verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Arbeitssuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausruhen, nichts tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hobby und Sonstiges,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
und zwar: _____				
Ehrenamtliche Arbeit,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
und zwar: _____				

74.	Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?							
	Bitte kreuzen Sie für jeden Bereich <u>eine Antwort</u> an!							
	 Sehr unzufrieden							 Sehr zufrieden
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	...mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mit Ihrer Wohnsituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mit Ihrer finanziellen Lage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	...mit Ihrer familiären Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit Ihrer Beziehung zu Freunden, Nachbarn, Bekannten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
75.	Wenn Sie an Ihren Alltag denken, wie häufig trifft dann folgendes auf Sie zu?							
	Bitte kreuzen Sie <u>in jeder Zeile</u> ein Kästchen an!							
		So gut wie gar nicht/nie		Selten	Häufig		Sehr häufig	
	Ich weiß nicht, was ich mit meiner Zeit anfangen soll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Ich sitze untätig zu Hause herum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ein Tag vergeht wie der andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mir fällt die Decke auf den Kopf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Wohnsituation

76. **Wie zufrieden sind Sie persönlich mit jeder der folgenden Lebensbedingungen in ihrer derzeitigen Wohngegend?**

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile ein Kästchen an!



Sehr unzufrieden



Sehr zufrieden

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufsmöglichkeiten für den täglichen Bedarf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit von öffentlichen Straßen und Plätzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bürgernahe Verwaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot an Cafes und Gaststätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit im Straßenverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angebot an Schwimmbädern und anderen Sportanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kindergärten- bzw. Kindertagesstätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugendfreizeiteinrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orts- und Straßenbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausflugsmöglichkeiten in die Umgebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhige Wohnlage, keine Lärmbelästigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesunde Wohnumgebung, ohne Luftverschmutzung u. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

77. **Welche der folgenden Verkehrsmittel stehen Ihnen an Ihrem Wohnort zur Verfügung?**

Sagen Sie bitte auch, wie oft Sie die zur Verfügung stehenden Verkehrsmittel nutzen!

Steht zur Verfügung

Nutze ich

Häufig

Selten

Nie

Öffentlicher Personennahverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigener PKW, Motorrad o. ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitfahrgelegenheit bei Familienangehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung auf S. 33!

Fortsetzung von Frage 77!	Welche der folgenden Verkehrsmittel stehen Ihnen an Ihrem Wohnort zur Verfügung?				
	Sagen Sie bitte auch, wie oft Sie die zur Verfügung stehenden Verkehrsmittel nutzen!				
		Steht zur Verfügung	Nutze ich		
			Häufig	Selten	Nie
	Mitfahrgelegenheit bei Freunden, Bekannten oder Arbeitskollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Organisierte Fahrdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fahrrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. **Planen Sie einen Wohnungswechsel innerhalb der nächsten beiden Jahre ...**

Ja..... Möglicherweise..... Nein.....

Wenn Ja, wohin?

Innerhalb Ihrer Gemeinde

Innerhalb der näheren Umgebung

Ganz woanders hin,

und zwar: _____

Wenn Ja, aus welchen Gründen?

Aus beruflichen Gründen

Aus Gründen der Wohnung

Aus familiären Gründen.....

Aus gesundheitlichen Gründen

Aus wirtschaftlichen Gründen

Aus sonstigen Gründen,

und zwar: _____

Angaben zu Person und Haushalt

79. **Ihr Geschlecht:**

Männlich Weiblich

80. **Bitte tragen Sie Ihr genaues Geburtsdatum ein!**

Tag Monat Jahr

81.	Wie ist Ihr Familienstand? Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 84 Verheiratet, dauernd getrennt lebend <input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/>																											
82.	Haben Sie derzeit eine feste Partnerschaft? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> → Weiter mit Frage 84																											
83.	Wohnt Ihr Partner/ Ihre Partnerin hier im Haushalt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>																											
84.	Bei welcher Art von Krankenversicherung und in welcher Form sind Sie versichert? <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Selbstversichert</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Mitversichert</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ersatzkrankenkasse (Barmer, DAK, TK, KKH, Gmünder Ersatzkasse usw.)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Betriebskrankenkasse (BKK)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Innungskrankenkasse (IKK)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Private Krankenkasse</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beihilfe</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges (Seekasse, Bundesknappschaft)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Krankenversicherung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Selbstversichert	Mitversichert	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ersatzkrankenkasse (Barmer, DAK, TK, KKH, Gmünder Ersatzkasse usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Betriebskrankenkasse (BKK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Innungskrankenkasse (IKK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Private Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (Seekasse, Bundesknappschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selbstversichert	Mitversichert																										
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Ersatzkrankenkasse (Barmer, DAK, TK, KKH, Gmünder Ersatzkasse usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Betriebskrankenkasse (BKK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Innungskrankenkasse (IKK)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Private Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Beihilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Sonstiges (Seekasse, Bundesknappschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Keine Krankenversicherung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
85.	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? Deutsch <input type="checkbox"/> Andere, <input type="checkbox"/> und zwar: _____																											
86.	Wie würden Sie Ihre Religion bezeichnen? Ich bin Mitglied einer Kirche. <input type="checkbox"/> Ich bin kein Mitglied einer Kirche, glaube aber an Gott. <input type="checkbox"/> Ich bin weder Kirchenmitglied noch würde ich mich als gläubig bezeichnen <input type="checkbox"/>																											

87.	<p>Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mitgerechnet? Zählen Sie bitte auch die Kinder mit!</p> <p>Insgesamt: <input type="text"/> <input type="text"/> Personen</p> <p>Davon Kinder:..... <input type="text"/> <input type="text"/> unter 6 Jahren</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 6 bis unter 14 Jahre</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> 14 bis unter 18 Jahre</p>																		
88.	<p>Wie viele Personen in Ihrem Haushalt haben ein eigenes Einkommen? (D.h.: Wie viele Personen (Sie selbst mit eingerechnet) verdienen selbst oder haben ein Einkommen aus Renten, Pensionen, Mieten und dergleichen)</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> Personen</p>																		
89.	<p>Sind Sie der Hauptverdiener?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>																		
90.	<p>Wie hoch etwa ist das monatliche Haushaltseinkommen (Nettoeinkommen), d.h. dass Sie (alle zusammen in Ihrem Haushalt) nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben haben?</p> <table border="0"> <tr> <td>Unter 350 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>2.250 bis unter 2.500 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>350 bis unter 500 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>2.750 bis unter 3.000 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>500 bis unter 750 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>3.000 bis unter 3.250 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>750 bis unter 1.000 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>3.250 bis unter 3.500 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.000 bis unter 1.250 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>3.500 bis unter 3.750 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.250 bis unter 1.500 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>3.750 € bis unter 4.000 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.500 bis unter 1.750 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>4.000 bis unter 4.500 €..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.750 bis unter 2.000 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>4.500 bis unter 5.000..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2.000 bis unter 2.250 €..... <input type="checkbox"/></td> <td>5.000 € und mehr..... <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Unter 350 €..... <input type="checkbox"/>	2.250 bis unter 2.500 €..... <input type="checkbox"/>	350 bis unter 500 €..... <input type="checkbox"/>	2.750 bis unter 3.000 €..... <input type="checkbox"/>	500 bis unter 750 €..... <input type="checkbox"/>	3.000 bis unter 3.250 €..... <input type="checkbox"/>	750 bis unter 1.000 €..... <input type="checkbox"/>	3.250 bis unter 3.500 €..... <input type="checkbox"/>	1.000 bis unter 1.250 €..... <input type="checkbox"/>	3.500 bis unter 3.750 €..... <input type="checkbox"/>	1.250 bis unter 1.500 €..... <input type="checkbox"/>	3.750 € bis unter 4.000 €..... <input type="checkbox"/>	1.500 bis unter 1.750 €..... <input type="checkbox"/>	4.000 bis unter 4.500 €..... <input type="checkbox"/>	1.750 bis unter 2.000 €..... <input type="checkbox"/>	4.500 bis unter 5.000..... <input type="checkbox"/>	2.000 bis unter 2.250 €..... <input type="checkbox"/>	5.000 € und mehr..... <input type="checkbox"/>
Unter 350 €..... <input type="checkbox"/>	2.250 bis unter 2.500 €..... <input type="checkbox"/>																		
350 bis unter 500 €..... <input type="checkbox"/>	2.750 bis unter 3.000 €..... <input type="checkbox"/>																		
500 bis unter 750 €..... <input type="checkbox"/>	3.000 bis unter 3.250 €..... <input type="checkbox"/>																		
750 bis unter 1.000 €..... <input type="checkbox"/>	3.250 bis unter 3.500 €..... <input type="checkbox"/>																		
1.000 bis unter 1.250 €..... <input type="checkbox"/>	3.500 bis unter 3.750 €..... <input type="checkbox"/>																		
1.250 bis unter 1.500 €..... <input type="checkbox"/>	3.750 € bis unter 4.000 €..... <input type="checkbox"/>																		
1.500 bis unter 1.750 €..... <input type="checkbox"/>	4.000 bis unter 4.500 €..... <input type="checkbox"/>																		
1.750 bis unter 2.000 €..... <input type="checkbox"/>	4.500 bis unter 5.000..... <input type="checkbox"/>																		
2.000 bis unter 2.250 €..... <input type="checkbox"/>	5.000 € und mehr..... <input type="checkbox"/>																		

Was wir, außer dem allgemeinen Frageteil, noch von Ihnen wissen möchten:			
	Haben Sie schon einmal in den Jahren 1973 und/oder 1994 an der Befragung zur Gesundheit und Lebensweise teilgenommen?		
	Ja	Nein	Weiß nicht
1973	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1994	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<p>Würden Sie wieder an einer Befragung der "Studie zu Gesundheit und Lebensführung" teilnehmen?</p> <p style="text-align: center;"> Ja Nein Weiß nicht </p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p>
	<p>Wie lange haben Sie für das Ausfüllen des Fragebogens benötigt?</p> <p>Stunden Minuten</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> </p>
	<p>Haben Sie beim Ausfüllen des Fragebogens Hilfe benötigt?</p> <p>Nein, habe keine Hilfe benötigt <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, habe Hilfe benötigt <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn Ja, geben Sie bitte an, welche Art von Hilfe Sie benötigt haben.</p> <p>-----</p>
	<p>Datum des Ausfülltages:</p> <p> <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat 2008 </p>
	<p>Was möchten Sie uns noch mitteilen?</p>

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!



Vergleichende Studie zu Gesundheit und Lebensführung in Landgemeinden Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben

Bei der Untersuchung „Gesundheit und Lebensführung in Landgemeinden Mecklenburg-Vorpommerns und Brandenburgs“ arbeitet die Hochschule Neubrandenburg nach den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und allen relevanten datenschutzrechtlichen Bestimmungen.

Die Ergebnisse der Befragung werden nur für wissenschaftliche Zwecke benutzt und ausschließlich in **anonymisierter Form** ausgewertet und dargestellt. Das bedeutet: Niemand kann aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen.

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die Interviewdaten des Frageteils werden in Zahlen umgesetzt und **ohne Namen und ohne Ihre Adresse** (also anonymisiert) auf einen Datenträger gebracht. Dann werden die anonymisierten Interviewdaten von einem Computer ausgewertet. Mittels Computer werden die Fragebögen ausschließlich in anonymisierter Form aufgearbeitet. Das Gesamtergebnis und die Ergebnisse von Teilgruppen - wie Alter oder Geschlecht - werden in Tabellenform ausgedruckt. In jedem Fall gilt: Ihre Teilnahme ist **freiwillig**. Bei Nicht-Teilnahme entstehen Ihnen **keine Nachteile**. Es ist selbstverständlich, dass die Hochschule Neubrandenburg **alle Vorschriften des Datenschutzes einhält**. Sie können **absolut sicher sein, dass**

- Ihr Name oder Ihre Anschrift nicht mit Ihren Interviewdaten zusammengeführt werden, sodass niemand erfährt, welche Antworten Sie gegeben haben,
- Ihr Name und Ihre Anschrift nicht an Dritte weitergegeben werden,
- keine Einzeldaten an Dritte weitergegeben werden, die eine Identifizierung Ihrer Person zulassen.

Für alle Fragen und Anmerkungen zur Studie stehen Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung:

Prof. Dr. Thomas Elkeles

Tel.: 0395/5693 - 417 (Schr.: - 403)

E-Mail: elkeles@hs-nb.de

Dipl. Soz.-wiss. Christof Röttger

Tel.: 0395/5693 - 480

E-Mail: roettger@hs-nb.de

Dr. Stephan Beetz

Tel.: 0395/5693 - 481

E-Mail: beetz@hs-nb.de

Enrica Hinz, B. Sc

Tel.: 0395/5693 - 482

E-Mail: ehinz@hs-nb.de

