



*Statistisches Landesamt*



*Wissenschaftliches Institut für  
Volksgesundheit*

## Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2001

### Selbst-auszufüllender Fragebogen

BEFRAGTE PERSON:

Nr der Person:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vorname: \_\_\_\_\_

FRAGESTELLER:

Name des Fragestellers: \_\_\_\_\_

Kodenummer des Fragestellers:

--	--	--

Datum der Befragung

--	--	--	--	--	--



### Wie sind diese Fragen zu beantworten?

Antworten Sie selber auf diese Fragen

Lesen Sie Fragen und Antworten aufmerksam, bevor Sie eine Antwort geben.

Kreuzen Sie anschließend die Antwort Ihrer Wahl an (siehe Beispiel).

Beispiel:

**TR.01. Wie oft pro Woche stehen Sie nach 9 Uhr morgens auf?**

- 1 Mal.....  1
- 2 – 3 Mal.....  2
- 4 Mal und mehr.....  3
- Nie.....  4

Geben Sie nur eine Antwort pro Frage, es sei denn, es wäre etwas anderes angegeben.

Gewisse Fragen können schwieriger erscheinen als andere. Wenn Ihnen eine Frage Schwierigkeiten bereitet, gehen Sie zur nächsten über und vervollständigen Sie den Rest des Fragebogens.

## Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

**PE.01. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?**

- Sehr gut .....  1
- Gut .....  2
- Mittelmäßig.....  3
- Schlecht .....  4
- Sehr schlecht.....  5

**PE.02. Wie ist Ihr derzeitiger Gesundheitszustand im Vergleich zum selben Zeitpunkt des vergangenen Jahres?**

- Weitaus besser als letztes Jahr .....  1
- Eher besser .....  2
- Mehr oder weniger gleich.....  3
- Eher schlechter .....  4
- Weitaus schlechter .....  5

**PE.03. Leiden Sie an einer langwierigen oder chronischen Krankheit?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**PE.04. Fühlen Sie sich seit mindestens 6 Monaten infolge eines Gesundheitsproblems in den gewöhnlichen Tätigkeiten beeinträchtigt?**

- Ja, sehr beeinträchtigt.....  1
- Ja, beeinträchtigt.....  2
- Nein, überhaupt nicht.....  3

### Liste der Symptome

**SL.01.** Es handelt sich dabei immer um Ihren Zustand während der vergangenen Woche, den heutigen Tag einbegriffen.

		Nein, überhaupt nicht	Ja, ein wenig	Ja, mittelmäßig	Ja, viel	Ja, extrem
01.	Kopfschmerzen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02.	Schwindelgefühle .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03.	Herzschmerzen oder Schmerz en in der Brust .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04.	Schmerzen im unteren Teil des Rückens .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05.	Übelkeit und Brechreiz.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06.	Muskelschmerzen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07.	Atemprobleme .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08.	Hitzewallungen, Kältegefühle.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09.	Gefühl, dass die Gliedmaßen einschlafen; kribbelndes Gefühl .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.	Kloß im Hals .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.	körperlich schlapp fühlen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12.	Schweregefühl in Armen und Beinen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13.	Nervosität, innere Unruhe .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Nein, überhaupt nicht	Ja, ein wenig	Ja, mittelmäßig	Ja, viel	Ja, extrem
14.	Unangenehme Gedanken und Ideen, die mich nicht loslassen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15.	Kein sexuelles Interesse mehr oder keine Lustempfindungen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16.	Keine Energie, keinen Mumm.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17.	Gedanken, dem Leben ein Ende zu setzen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18.	Zittern .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19.	Appetitlosigkeit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20.	den Tränen nahe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21.	fühle mich in die Enge getrieben oder in die Falle gelockt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22.	grundloses Erschrecken.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23.	Selbstvorwürfe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24.	Gefühl der Einsamkeit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25.	Gefühl der Niedergeschlagenheit....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26.	zuviel grübeln.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27.	Interesse an nichts haben.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28.	Angstgefühle .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

		Nein, überhaupt nicht	Ja, ein wenig	Ja, mittelmäßig	Ja, viel	Ja, extrem
29.	Herzklopfen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30.	Probleme mit dem Einschlafen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31.	Ein Gefühl der Leere.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32.	Ich sehe keine Zukunft.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33.	Ich fühle mich angespannt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34.	Ich denke oft an den Tod oder ans Sterben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35.	Ich werde morgens zu früh wach ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36.	Ich schlafe unruhig .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37.	Ich habe das Gefühl, dass mir alles schwer fällt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38.	Angst- oder Panikzustände.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39.	Das Unruhegefühl ist so stark, dass ich nicht sitzen bleiben kann...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40.	Ich fühle mich so wertlos.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41.	Ich habe das Gefühl, dass mir Unheil zustoßen wird .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42.	Mich plagen erschreckende Gedanken und Bilder .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Soziale Kontakte

**SO.01. Wie beurteilen Sie Ihre sozialen Kontakte?**

Sehr zufriedenstellend .....  1

Eher zufriedenstellend .....  2

Eher nicht zufriedenstellend .....  3

Völlig unzufriedenstellend .....  4

**SO.02. Haben Sie gewöhnlich Kontakte zu Verwandten, Kindern, Freunden, Bekannten, ...?**

Mehr als einmal pro Woche .....  1

Einmal wöchentlich .....  2

Mindestens einmal monatlich .....  3

Ungefähr einmal pro Jahr.....  4

Nie .....  5

**SO.03. Könnten Sie sich auf Nachbarn, Freunde oder Familienangehörige verlassen, wenn Sie einmal unerwartet Hilfe brauchen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**SO.04. Gibt es in Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld jemanden, dem Sie sich anvertrauen können, mit dem Sie frei und offen über Ihre Probleme reden können?**

Ja.....  1

Nein.....  2



**SO.05. Gibt es in Ihrer Familie oder Ihrem Umfeld jemanden, der Ihnen helfen kann, wenn Sie ein Problem haben?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**SO.06. Sind Sie Mitglied eines Freizeitclubs (z.B. eines Kartenclubs), einer Jugendbewegung, eines Sportvereins, einer Seniorenvereinigung oder einer Selbsthilfegruppe?**

Ja.....  1

Nein.....  2

***Falls Sie nicht Mitglied einer Organisation oder Vereinigung sind,  
Gehen Sie direkt zu SO.08 über.***

**SO.07. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an Aktivitäten teilgenommen, die von diesen Vereinigungen organisiert wurden? Wenn Sie Mitglied mehrerer Vereinigungen sind, denken Sie an diejenige, in der Sie am aktivsten sind.**

Mindestens einmal wöchentlich.....  1

Mindestens einmal im Monat .....  2

Mindestens 3 oder 4 Mal im Jahr .....  3

Mindestens einmal im Jahr.....  4

Nie.....  5

**SO.08. Wie viele gute Freunde oder Verwandten haben Sie (Personen, bei denen Sie sich wohlfühlen und mit denen Sie über alles reden können, was Sie beschäftigt)?**

Geben Sie die Anzahl guter Freunde oder Verwandten an:

--	--

**SO.09. Menschen suchen oft die Gesellschaft, die Unterstützung oder eine andere Art der Hilfestellung bei ihren Mitmenschen. Inwiefern verfügen Sie über nachfolgende Arten der Unterstützung, wenn Sie sie brauchen?**

	Nie	Selten	Ab und zu	Meistens	Immer
01. Jemand der Ihnen hilft, wenn Sie ans Bett gefesselt sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Jemand auf den Sie zählen können und der Ihnen zuhört, wenn Sie reden möchten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Jemand, der Ihnen im Problemfall einen guten Rat geben kann .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Jemand, der Sie zum Arzt bringen kann, wenn erforderlich .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Jemand, der Ihnen Liebe und Zuneigung entgegenbringt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Jemand, mit dem man angenehme Momente verbringen kann.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Jemand, der Ihnen Informationen geben kann, damit Sie eine Situation verstehen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Jemand, dem Sie vertrauen können und mit dem Sie über Ihre Probleme sprechen können.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Jemand der Sie in die Arme nimmt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Jemand; mit dem Sie sich entspannen können.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Jemand, der Ihnen die Mahlzeiten zubereitet, wenn Sie es nicht selbst können.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Jemand, dessen Rat Sie wirklich gern hören möchten....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Jemand, der Ihnen hilft, auf andere Gedanken zu kommen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Jemand, der Ihnen bei der täglichen Arbeit hilft, wenn Sie krank sind .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Jemand, mit dem Sie Ihre inneren Ängste und Probleme teilen können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Jemand, den Sie bei einem persönlichen Problem um Rat bitten können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Jemand, mit dem Sie etwas Angenehmes unternehmen können .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Jemand der Ihre Probleme versteht .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Jemand, den Sie lieben und der Sie begehrt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Tabakkonsum

**TA.01.** Rauchen Sie?

Ja, täglich .....  1

Ja, gelegentlich .....  2

Nein.....  3

**Wenn Sie nicht rauchen, gehen Sie direkt zu Frage TA.09 über (Seite 12).**

**TA.02.** Wie viele Zigaretten rauchen Sie gewöhnlich durchschnittlich pro Tag?

Ich rauche keine Zigaretten .....  1

Weniger als 20.....  2

20 oder mehr .....  3

**TA.03.** Wie viele Zigarren rauchen Sie gewöhnlich durchschnittlich pro Tag?

Ich rauche keine Zigarren .....  1

Rauche gewöhnlich \_\_\_\_\_ Zigarren pro Tag

**TA.04.** Wie viel Pfeifentabak rauchen Sie gewöhnlich durchschnittlich pro Woche?

Rauche keine Pfeife .....  1

Rauche gewöhnlich \_\_\_\_\_ Gram pro Woche

**TA.05.** Wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen begonnen haben (d.h. Raucher wurden)

\_\_\_\_\_ Jahre

**TA.06. Rauchen Sie weniger als vor 2 Jahren?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**TA.07. Rauchen Sie mehr als vor 2 Jahren?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**TA.08. Haben Sie schon versucht mit dem Rauchen aufzuhören?**

Ja.....  1

Nein.....  2

***Wenn Sie Raucher sind, Gehen Sie nach der Beantwortung der Frage TA.08 zu Frage DI.01 über (Seite 13).***

**TA.09. Haben Sie früher schon geraucht?**

Ja, täglich .....  1

Ja, gelegentlich .....  2

Nein.....  3

**TA.10. Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?**

Vor weniger als 2 Jahren.....  1

Vor 2 Jahren oder mehr .....  2

## Konsum von anderen Produkten

**DI.01. Haben Sie jemals Haschisch oder Marihuana genommen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**DI.02. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Haschisch oder Marihuana genommen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**DI.03. Haben Sie jemals Ecstasy, Speed oder Amphetamine genommen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**DI.04. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Ecstasy, Speed oder Amphetamine genommen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

## Ernährung

**NU.01. Versuchen Sie derzeit, abzunehmen, an Gewicht zuzunehmen oder Ihr Gewicht zu halten? Oder würden Sie eher sagen, dass Sie sich darüber keine Gedanken machen?**

- Ich versuche abzunehmen .....  1
- Ich versuche, mein Gewicht zu halten.....  2
- Ich versuche, zuzunehmen .....  3
- Ich mache mir keine Gedanken über mein Gewicht .....  4

**Wenn Sie zunehmen möchten oder wenn Sie sich nicht mit Ihrem Gewicht beschäftigen, gehen Sie direkt zu Frage AL.01. (Seite 16) über.**

**NU.02. Was tun Sie augenblicklich, um Ihr Gewicht zu halten oder um abzunehmen?**

*Mehrere Antworten möglich*

- 01. Ich achte auf die Art Nahrungsmittel, die ich esse .....
- 02. Ich esse weniger Kalorien .....
- 03. Ich verausgabe mich mehr.....
- 04. Ich überspringe Mahlzeiten .....
- 05. Ich esse morgens mehr und abends weniger .....
- 06. Ich faste 24 Stunden und länger .....
- 07. Ich esse Diätprodukte .....
- 08. Ich nehme Produkte zum Abnehmen .....
- 09. Ich rauche .....
- 10. Ich nehme Abführmittel .....
- 11. Ich nehme an Gruppengesprächen teil (z.B. Weight Watchers).....
- 12. Andere Möglichkeit; Welche: \_\_\_\_\_

**NU.03. Auf wessen Rat hin versuchen Sie abzunehmen?**

*Mehrere Antworten möglich*

- 01. Hausarzt .....
- 02. Facharzt .....
- 03. Diätetiker .....
- 04. Medien, Presse, Zeitschriften .....
- 05. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte .....
- 06. Aus eigener Initiative .....
- 07. Andere: wer? \_\_\_\_\_

## Alkoholkonsum

**AL.01.** Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten, auch wenn es nur einmal war, in nachfolgender Liste aufgeführte alkoholische Getränke zu sich genommen:

- Bier (alkoholfreies Bier nicht einbegriffen);
- Wein, Sherry, Porto, Vermouth;
- Likör, Eiercognak, Kir;
- Gin, Brandy, Cognak, Whisky, Wodka;
- Longdrinks, Cocktail;
- leicht alkoholisierte Getränke (z. B. alkoholfreies Bier oder 'alco-pop')?

Ja.....  1

Nein.....  2

**Wenn Sie während der letzten 12 Monate keinen Alkohol getrunken haben, gehen Sie direkt zur Frage ON.07. über (Seite 20).**

**AL.02.** Haben Sie während der letzten 6 Monate an einem Tag 6 Glas alkoholische Getränke (eventuell verschiedene) oder mehr getrunken?

Ja.....  1

Nein.....  2

**AL.03.** Wie oft haben Sie während der letzten 6 Monate an einem Tag 6 Glas alkoholische Getränke (eventuell verschiedene) oder mehr getrunken ?

Jeden Tag .....  1

5 - 6 mal pro Woche .....  2

3 - 4 mal pro Woche.....  3

1 - 2 mal pro Woche.....  4

1 - 3 mal pro Monate.....  5

3 - 5 mal auf 6 Monate.....  6

1 - 2 mal auf 6 Monate.....  7



**AL.04. Trinken Sie während der Woche (von montags bis donnerstags) gewöhnlich Alkohol?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**Wenn Sie gewöhnlich während der Woche keinen Alkohol trinken, gehen sie  
direkt zur Frage AL.07. P über (Seite 18).**

**AL.05. An wie vielen Tagen in der Woche (von montags bis donnerstags) trinken Sie gewöhnlich alkoholische Getränke?**

4 Tage.....  1

3 Tage.....  2

2 Tage.....  3

1 Tag.....  4

**AL.06. Wieviel Glas alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Tag (von montags bis donnerstags)?**

11 Glas oder mehr.....  1

7 - 10 Glas.....  2

6 Glas.....  3

4 - 5 Glas.....  4

3 Glas.....  5

2 Glas.....  6

1 Glas.....  7

**AL.07. Trinken Sie am Wochenende (von freitags bis sonntags) gewöhnlich Alkohol?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**Wenn Sie gewöhnlich am Wochenende keinen Alkohol trinken, gehen sie direkt zur Frage AL.10. über (Seite 19).**

**AL.08. An wie viel Wochenendtagen (von freitags bis sonntags) trinken Sie gewöhnlich alkoholische Getränke?**

- 3 Tage.....  1
- 2 Tage.....  2
- 1 Tag.....  3

**AL.09. Wieviel Glas alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Wochenendtag (von freitags bis sonntags)?**

- 11 Glas oder mehr.....  1
- 7 - 10 Glas.....  2
- 6 Glas.....  3
- 4 - 5 Glas.....  4
- 3 Glas.....  5
- 2 Glas.....  6
- 1 Glas.....  7

**AL.10. Haben Sie bereits die Notwendigkeit verspürt, Ihren Konsum an alkoholischen Getränken einzuschränken?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**AL.11. Ist die Kritik Ihrer Umgebung an Ihrem Trinkverhalten schwer zu ertragen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**AL.12. Haben Sie schon den Eindruck gehabt, dass Sie zuviel trinken?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**AL.13. Haben Sie schon einmal morgens Alkohol getrunken, um richtig wach zu werden?**

Ja.....  1

Nein.....  2

## Unfälle

**ON.07. Wurden Sie während der letzten 12 Monate Opfer von verbaler (Beschimpfungen, Drohungen) oder körperlicher (Schläge, sexueller Mißbrauch) Gewalt oder eines Einbruchs, Diebstahls oder bewaffneten Überfalls?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**ON.08. Welcher Art von Gewalt fielen Sie zum Opfer und ist es geschehen?**  
*Mehrere Antwortmöglichkeiten.*

Anwendbar	Zu Hause	Arbeit (Schule)	Anderer Ort	Nicht
Verbale Gewalt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Körperliche Gewalt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Einbruch, Diebstahl oder bewaffneter Überfall	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**ON.09. Legen Sie den Sicherheitsgurt an, wenn Sie auf dem Vordersitz (Fahrer- oder Beifahrersitz) eines Wagens Platz genommen haben?**

Immer .....  1

Ab und zu .....  2

Nie.....  3

Nicht zutreffend (sitze nie auf dem Vordersitz;  
 fahre nicht mit dem Auto).....  4

**ON.10. Legen Sie den Sicherheitsgurt an, wenn Sie auf dem Rücksitz eines Wagens Platz genommen haben?**

Immer.....  1

Ab und zu.....  2

Nie, selbst wenn Sicherheitsgurte auf dem Rücksitz  
 vorhanden sind.....  3

Nie, weil keine Sicherheitsgurte auf dem Rücksitz  
 vorhanden sind  
 Sitze nie auf dem Rücksitz, fahre nicht mit dem Auto  
 4

**ON.11. Wie viel Alkohol kann man Ihrer Meinung nach vor dem Fahren trinken, ohne die Promille-Grenze zu überschreiten?**

\_\_\_\_\_ Glas

## Psychosoziales Wohlbefinden

Wie fühlten Sie sich während der letzten Wochen ? Geben Sie ihre momentanen Schwierigkeiten an, nicht die, die Sie in der Vergangenheit gehabt haben.

In den letzten Wochen...

**WB.01. haben Sie sich auf all Ihre Tätigkeiten konzentrieren können?**

Besser als üblich .....  1

So wie üblich .....  2

Schlechter als üblich .....  3

Viel schlechter als üblich.....  4

**WB.02. haben Sie weniger geschlafen, weil Sie Sorgen hatten?**

Nein, überhaupt nicht .....  1

Nicht weniger als üblich .....  2

etwas weniger als üblich .....  3

Viel weniger als üblich .....  4

**WB.03. hatten Sie das Gefühl, zu etwas nützlich zu sein?**

Mehr als üblich .....  1

So wie üblich .....  2

Weniger als üblich .....  3

Viel weniger als üblich .....  4

**WB.04. ist es Ihnen schwergefallen, Entscheidungen zu treffen?**

Nein, überhaupt nicht .....  1

So wie üblich .....  2

Schwerer als üblich .....  3

Viel schwerer als üblich.....  4

In den letzten Wochen...

**WB.05. hatten Sie das Gefühl, dauernd unter Druck zu stehen?**

- Nein, gar nicht .....  1
- Nicht mehr als üblich .....  2
- Ein wenig mehr als üblich .....  3
- Viel mehr als üblich .....  4

**WB.06. hatten Sie den Eindruck, Ihre Schwierigkeiten nicht meistern zu können?**

- Nein, gar nicht .....  1
- Nicht mehr als üblich .....  2
- Ein wenig mehr als üblich .....  3
- Viel mehr als üblich .....  4

**WB.07. konnten Sie Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen?**

- Mehr als üblich .....  1
- So wie üblich .....  2
- Weniger als üblich .....  3
- Viel weniger als üblich .....  4

**WB.08. haben Sie sich imstande gefühlt, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?**

- Besser als üblich .....  1
- So wie üblich .....  2
- Weniger als üblich .....  3
- Viel weniger als üblich .....  4

In den letzten Wochen...

**WB.09. haben Sie sich unglücklich und deprimiert gefühlt?**

- Nein, gar nicht .....  1
- Nicht mehr als üblich .....  2
- Ein wenig mehr als üblich .....  3
- Viel mehr als üblich .....  4

**WB.10. haben Sie einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt?**

- Nein, gar nicht .....  1
- Nicht mehr als üblich .....  2
- Ein wenig mehr als üblich .....  3
- Viel mehr als üblich .....  4

**WB.11. haben Sie sich wertlos gefühlt?**

- Nein, gar nicht .....  1
- Nicht mehr als üblich .....  2
- Ein wenig mehr als üblich .....  3
- Viel mehr als üblich .....  4

**WB.12. alles in allem, haben Sie sich einigermaßen glücklich gefühlt?**

- Mehr als üblich .....  1
- So wie üblich .....  2
- Weniger als üblich .....  3
- Viel weniger als üblich .....  4

## Zufriedenheit des Patienten

**PS.01. Haben Sie in letzten 12 Monaten für sich selbst einen Hausarzt kontaktiert?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**Wenn Sie in den letzten 12 Monaten keinen Hausarzt aufgesucht haben, gehen Sie direkt zur Frage PS.03 über.**

**PS.02. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 12 Monaten mit Ihrem Hausarzt, wenn es um folgende Dinge ging...**

	Schwach			Ausgezeichnet		Nicht zutreffend
	i			i		
	1	2	3	4	5	
01. seine Fähigkeit Ihnen zuzuhören?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. schnelle Linderung Ihrer Beschwerden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. seine Fähigkeit, Sie über das zu informieren, was Sie über Ihre Beschwerden wissen wollten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. die Art, wie er Sie darauf vorbereitet hat, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. die Wartezeiten im Wartezimmer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PS.03. Haben Sie in den letzten 12 Monaten für sich selbst einen Facharzt kontaktiert?  
(Vorsicht, Kontakte mit Fachärzten anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes nicht berücksichtigen)**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**Wenn Sie in den letzten 12 Monaten keinen Facharzt aufgesucht haben, gehen Sie direkt zur Frage PR.01. (Seite 26) über.**



**PS.04. Was für einen Facharzt haben Sie zuletzt kontaktiert?**

- |                                 |                          |    |                       |                          |    |
|---------------------------------|--------------------------|----|-----------------------|--------------------------|----|
| Internist.....                  | <input type="checkbox"/> | 01 | Gynäkologe.....       | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Kardiologe (Herz).....          | <input type="checkbox"/> | 02 | Kinderarzt.....       | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Gériater (Altersheilkunde)..... | <input type="checkbox"/> | 03 | Lungenspezialist..... | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Onkologe (Geschwulst).....      | <input type="checkbox"/> | 04 | Neurologe.....        | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Rheumatologe.....               | <input type="checkbox"/> | 05 | Orthopäde.....        | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Dermatologe (Haut).....         | <input type="checkbox"/> | 06 | Chirurg.....          | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Hals-Nasen-Ohren-Arzt.....      | <input type="checkbox"/> | 07 | Psychiater.....       | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Ophthalmologe (Augen).....      | <input type="checkbox"/> | 08 | Urologe.....          | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Magen- und Darmspezialist.....  | <input type="checkbox"/> | 09 | Andere Facharzt.....  | <input type="checkbox"/> | 18 |

Erklären Sie: \_\_\_\_\_

**PS.05. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 12 Monaten mit diesem Facharzt, wenn es um folgende Dinge ging ...**

	Schwach				Ausgezeichnet	Nicht
	i				i	zutreffend
	1	2	3	4	5	6
01. seine Fähigkeit Ihnen zuzuhören?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. schnelle Linderung Ihrer Beschwerden?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. seine Fähigkeit, Sie über das zu informieren, was Sie über Ihre Beschwerden wissen wollten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. die Art, wie er Sie darauf vorbereitet hat, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. die Wartezeiten im Wartezimmer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Vorbeugung

### Blutdruck

**PR.01. Wurde Ihr Blutdruck schon gemessen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**PR.02. Wann wurde Ihr Blutdruck zum letzten Mal überprüft?**

Vor weniger als einem Jahr .....  1

Vor mehr als einem Jahr, aber vor weniger als 2 Jahren  2

Vor mehr als 2 Jahren, aber vor weniger als 5 Jahren....  3

Vor mehr als 5 Jahren .....  4

Ich weiß es nicht .....  9

**PR.03. Hat man Ihnen bei einer Überprüfung Ihres Blutdrucks gesagt, dass Sie zu hohen Blutdruck haben?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

### Cholesterin

**PR.04. Wurde Ihr Cholesterinspiegel schon einmal überprüft?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**PR.05. Wann wurde Ihr Cholesterinspiegel zuletzt überprüft?**

- Vor weniger als einem Jahr .....  1
- Vor mehr als einem Jahr, aber vor weniger als 2 Jahren  2
- Vor mehr als 2 Jahren, aber vor weniger als 5 Jahren....  3
- Vor mehr als 5 Jahren .....  4
- Ich weiß es nicht .....  9

**PR.06. Hat man Ihnen bei einer Überprüfung Ihres Cholesterinspiegels gesagt, dass Ihre Cholesterinwerte im Blut zu hoch sind?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

**PR.07. Sind Sie augenblicklich bei einem Arzt in Behandlung, um den Cholesteringehalt in Ihrem Blut zu senken?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

**PR.08. Hat ein Arzt Ihnen empfohlen ...**

- |                                                  | Ja                         | Nein                       |
|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. mehr körperliche Übungen zu machen .....     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. abzunehmen.....                              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. weniger Fett zu essen .....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. ein verordnetes Medikament einzunehmen ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. anders, erklären Sie:_____                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

## Zucker im Blut

**PR.09.      Wurde Ihr Zuckergehalt im Blut schon einmal gemessen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**PR.10.      Wann wurde Ihr Zuckergehalt im Blut zuletzt gemessen?**

Vor weniger als einem Jahr .....  1

Vor mehr als einem Jahr, aber vor weniger als 2 Jahren  2

Vor mehr als 2 Jahren, aber vor weniger als 5 Jahren....  3

Vor mehr als 5 Jahren .....  4

Ich weiß es nicht .....  9

**PR.11.      Hat man Ihnen bei einer Überprüfung gesagt, dass Ihr Zuckergehalt im Blut zu hoch ist?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

## Gesundheit und Sexualität

**RH.01. Hatten Sie während der letzten 12 Monate Geschlechtsverkehr?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**RH.02. Haben Sie oder Ihr Partner während der letzten 12 Monate ein Verhütungsmittel verwendet (um eine Schwangerschaft zu vermeiden)?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**Wenn Sie oder Ihr Partner während der letzten 12 Monate kein Verhütungsmittel verwendet haben, gehen Sie direkt zur Frage RH.04. (Seite 30) über.**

**RH.03. Welche Verhütungsmethode haben Sie oder Ihr Partner in den letzten 12 Monaten vorzugsweise verwendet ?**

Pille.....  1

Injizierbare Verhütungsmittel (wie Depo-Provera).....  2

Spirale.....  3

Pille danach.....  4

Diaphragma.....  5

Kondom.....  6

Periodische Enthaltung.....  7

Koitus interruptus.....  8

Sterilisation der Frau.....  9

Sterilisation des Mannes.....  10

Andere Methode, Welche?: \_\_\_\_\_  11

**RH.04. Haben Sie oder Ihr Partner in den letzten 12 Monaten eine Methode angewandt, um sich gegen Krankheiten zu schützen, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**Frauen:** Wenn Sie keine Methode anwenden, um sich vor Krankheiten zu schützen, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden, gehen Sie bitte zum nächsten Modul über (Seite 31).

**Männer:** Wenn Sie keine Methode anwenden, um sich vor Krankheiten zu schützen, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden, gehe Sie bitte zum letzten Modul über (Seite 37).

**RH.05. Wenn Sie oder Ihr Partner in den letzten 12 Monaten eine Methode angewandt haben, um sich gegen Krankheiten zu schützen, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden, können Sie uns sagen, welche Methode Sie am häufigsten angewandt haben ?**

Kondom für Männer.....  1

Kondom für Frauen.....  2

Vermeiden von Oralverkehr .....  3

Vermeiden von Vaginalverkehr .....  4

Vermeiden von Analverkehr .....  5

Andere Methode, Welche?: \_\_\_\_\_  6

## Krebsvorsorge

**Achtung!**

**Dieser Teil ist ausschließlich für Frauen vorgesehen  
Männer können direkt zum nächsten Modul übergehen (Seite 37).**

**SC.01. Haben Sie Ihre Brüste schon selbst untersucht?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**SC.02. Wann haben Sie Ihre Brüste zum letzten Mal selbst untersucht?**

Vor einem Monat .....  1

Vor einem oder mehr als einem Monat, aber  
weniger als 1 Jahr .....  2

Vor mehr als einem Jahr .....  3

Ich weiß es nicht .....  9

**SC.03. Hat ein Arzt bereits einmal Ihre Brüste untersucht (keine Mammographie)?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**SC.04. Wann hat ein Arzt zum letzten Male ihre Brüste untersucht?**

Vor weniger als 1 Jahr .....  1

Vor einem oder mehr als einem Jahr, aber  
weniger als 2 Jahren .....  2

Vor 2 oder mehr als 2 Jahren .....  3

Ich weiß es nicht .....  9

**SC.05. Wann haben Sie zum letzten Mal einen Gynäkologen aufgesucht?**

- Vor weniger als 1 Jahr.....  1
- Vor einem oder mehr als einem Jahr, aber weniger als 2 Jahren  2
- Vor 2 oder mehr als 2 Jahren .....  3
- Nie.....  4
- Ich weiß es nicht .....  9

**SC.06. Haben Sie sich bereits einer Mammographie (Röntgenaufnahme der Brust) unterzogen?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

***Wenn Sie sich nie einer Mammographie unterzogen haben, gehen Sie direkt über zu SC.10. (seite 33).***

**SC.07. Wann haben Sie sich zum letzten Mal einer Mammographie unterzogen?**

- Vor weniger als 1 Jahr .....  1
- Vor einem oder mehr als einem Jahr, aber weniger als 2 Jahren .....  2
- Vor 2 oder mehr als 2 Jahren .....  3
- Ich weiß es nicht .....  9

**SC.08. In welchem Jahr haben Sie sich Ihrer letzten Mammographie unterzogen?**

\_\_\_\_\_



**SC.09. Aus welchem Grund haben Sie sich dieser Mammographie unterzogen?**

	Ja	Nein
01. Auf Empfehlung Ihres Hausarztes, ohne dass Beschwerden oder Anomalien dazu Anlass gaben.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Auf Empfehlung Ihres Gynäkologen, ohne dass Beschwerden oder Anomalien dazu Anlass gaben.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Brustkrebs bei Familienmitgliedern.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Sie hatten selbst bereits eine Brustzyste, einen Brusttumor, Brustkrebs oder haben sich einer Brustoperation unterzogen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Nachuntersuchung einer vorigen Untersuchung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. Schmerzen in der Brust.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07. Sie selbst haben eine Anomalie an ihrer Brust festgestellt (Knoten z.B.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
08. Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung Ihrer Brüste eine Anomalie festgestellt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
09. Infolge eines Briefes, in dem diese Untersuchung empfohlen wurde .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
10. Anderer Grund, welcher? _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**SC.10. Haben Sie in den letzten 2 Jahren ein Schreiben erhalten, in dem Ihnen empfohlen wurde, sich einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung zu unterziehen (Mammographie)?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

**Wenn Sie kein solches Schreiben erhalten haben, gehen Sie direkt über zu SC.13 (seite 34).**

**SC.11. Haben Sie sich nach Erhalt dieses Schreibens einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen (Mammographie)?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**SC.12. Warum haben Sie sich nach Erhalt dieses Schreibens keiner Brustkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen (Mammographie)? Weil...**

	Ja	Nein
01. ich mich kurz vorher einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hatte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. ich keine Zeit hatte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. diese Untersuchung zu teuer ist .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. ich es nicht für erforderlich erachte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. ich diese Untersuchung als unangenehm empfinde .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. weil mir bei einer Operation bereits eine Brust/die Brüste abgesetzt wurden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
07. aus anderen Gründen: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**SC.13. Wurde Ihnen bei einem chirurgischen Eingriff der Gebärmutterhals (und eventuell die Gebärmutter) entfernt?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

**SC.14. Haben Sie sich bereits einer Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses unterzogen?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2
- Ich weiß es nicht .....  9

**Wenn nie ein Abstrich zwecks Gebärmutterhalskrebsvorsorgeuntersuchung erfolgte gehen Sie direkt über zu SC.17 (seite 35).**

**SC.15. Wann haben Sie zum letzten Mal einen Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen lassen?**

- Vor weniger als einem Jahr .....  1
- Vor mehr als einem Jahr, aber vor weniger als 3 Jahren  2
- Vor mehr als 3 Jahren, aber vor weniger als 5 Jahren....  3
- Vor mehr als 5 Jahren .....  4
- Ich weiß es nicht .....  9

**SC.16. Aus welchem Grund haben Sie den Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen lassen?**

- |                                                                          | Ja                         | Nein                       |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Nachuntersuchung einer vorigen Untersuchung.....                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Wegen einer anormalen Blutung.....                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Sie selbst haben eine andere Anomalie festgestellt.....              | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Anomalie festgestellt.....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Sie hatten bereits Gebärmutterhalskrebs .....                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Infolge eines Briefes, in dem diese Untersuchung empfohlen wurde ... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Anderer Grund. Welcher? _____                                        | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

***Gehen sie jetzt direkt zur Frage SC.18. (Seite 36) über.***

**SC.17. Warum haben Sie in den letzten 3 Jahren keinen Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen lassen ?**

- |                                                                                                          | Ja                         | Nein                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Weil ich keine Zeit hatte.....                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Weil diese Untersuchung zu teuer ist.....                                                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Weil diese Untersuchung zu teuer ist .....                                                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Weil ich diese Untersuchun als unangenehm empfinde .....                                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Weil mir bei einer Operation der Gebärmutterhals (und eventuell die Gebärmutter) entfernt wurde..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Aus anderen Gründen: Welche? _____                                                                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**SC.18. Haben Sie im Laufe der letzten 3 Jahre ein Schreiben erhalten, in dem Ihnen empfohlen wurde, einen Ausstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen zu lassen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

Ich weiß es nicht .....  9

**Wenn Sie kein solches Schreiben erhalten haben,  
gehen Sie direkt zum Ende des Fragebogens über (seite 37).**

**SC.19. Haben Sie sich infolge dieses Schreibens einer Vorsorgeuntersuchung unterzogen?**

Ja.....  1

Nein.....  2

**SC.20. Warum haben Sie sich infolge dieses Schreibens keiner Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses unterzogen?**

- |                                                                                                          | Ja                         | Nein                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Weil ich mich kurz vorher einer Untersuchung unterzogen hatte .....                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Weil ich keine Zeit hatte.....                                                                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Weil diese Untersuchung zu teuer ist .....                                                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Weil ich es nicht für nötig erachte .....                                                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Weil ich diese Untersuchung als unangenehm empfinde.....                                             | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Weil mir bei einer Operation der Gebärmutterhals (und eventuell die Gebärmutter) entfernt wurde..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Aus anderen Gründen. Welche?: _____                                                                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**Zum Abschluß einige Fragen über den Fragebogen als solchen**

**SU.01. Empfinden Sie diese Fragen als schwierig?**

- Sehr schwierig.....  1
- Eher schwierig.....  2
- Weder schwierig noch einfach.....  3
- Eher einfach.....  4
- Sehr einfach.....  5

**SU.02. Empfinden Sie diese Fragen als zu persönlich oder zu intim?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**SU.03. Wieviel Zeit haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt?**

\_\_\_\_\_ minuten

**SU.04. Empfinden Sie diesen Teil des Fragebogens als zu lang?**

- Ja.....  1
- Nein.....  2

**Besten Dank für ihre Mitarbeit**

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN SIND ERHÄTLICH BEI:

Herr J. Van der Heyden  
Herr J. Tafforeau

Epidemiologischer Dienst  
Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit  
J. Wytsmanstraat 14  
1050 Brüssel

Tel.: **02/642.57.94**  
**02/642.57.26**

e-mail [his@iph.fgov.be](mailto:his@iph.fgov.be)  
<http://www.iph.fgov.be/epidemiology/epifr/index0.htm>

27 März 2001