

Föderaler Öffentlicher Dienst
Wirtschaft, K.M.U.
Mittelstand und Energie



**Generaldirektion für Statistik und
Wirtschaftsinformation**

Rue de Louvain, 44 – 1000 Bruxelles

Föderaler Öffentlicher Dienst,
Volksgesundheit, Sicherheit der
Nahrungsmittelkette und Umwelt



**Wissenschaftliches Institut für
Volksgesundheit**

Rue Juliette Wytsman, 14-16 – 1050 Bruxelles

Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2004

Selbst-auszufüllender Fragebogen

BEFRAGTE PERSON:

Nr der Person:

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

Vorname: _____

FRAGESTELLER:

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).

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

Beispiel:

EX.01. Wie oft pro Woche stehen Sie nach 9.00 Uhr morgens auf?

- Niemals 1
- 1 – 2 Mal 2
- 3 – 4 Mal 3
- 5 Mal und mehr 4
- Ich weiß es nicht 5

In manchen Fällen führt Ihre Antwort dazu, dass eine Reihe von Fragen „übersprungen“ und Sie direkt zu einer anderen Frage übergehen. Diese „Sprünge“ werden neben der Frage durch einen Pfeil angegeben. Außerdem gibt es einen eingerahmten Vermerk „gehen Sie über zu ...“sowie die Nummer der Frage, zu der Sie übergehen sollen. Wenn diese Angaben nicht vorkommen, folgen Sie der chronologischen Reihenfolge der Fragen.

Beispiel:

EX.02 Sind Sie schon mal geflogen?

- Ja, mehrere Male 1
- Ja, ein Mal..... 2
- Nein, niemals 3 ➔ **Gehen Sie über zu EX.06.**

Somit gehen die Personen, die mit « Ja , mehrmals » oder « Ja, ein Mal » geantwortet haben, zur nächsten Frage über während die Personen, die mit „Nein, niemals“ geantwortet haben, einige Fragen überspringen und direkt, wie angegeben, zu Frage EX.06 übergehen können.

Wenn Ihnen eine Frage Schwierigkeiten bereitet, so zögern Sie nicht, den Befrager um zusätzliche Erklärungen zu bitten.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

SH.01. Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?

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

SH.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

SH.03. Leiden Sie an einer langwierigen oder chronischen Krankheit?

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

SH.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

Liste der Symptome (Fortsetzung)

	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

Liste der Symptome (Fortsetzung)

	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

Die 3 nächsten Fragen betreffen den Selbstmord.

Es kommt vor, dass Leute den Selbstmord als Lösung ihrer Probleme betrachten....

SL.02. Hatten Sie schon mal ernsthafte Selbstmordgedanken?

Ja, mehrere Male 1

Ja, ein Mal..... 2

Nein, niemals 3

SL.03. Haben Sie schon einmal einen Selbstmordversuch gemacht?

Ja, mehrere Male 1

Ja, ein Mal..... 2

Nein, niemals 3 —▶ **Gehen Sie über zu HI.01 Seite 7**

SL.04. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Selbstmordversuch gemacht?

Ja 1

Nein 2

Ich weiß es nicht..... 9

Einstellung zum Thema AIDS

HI.01. Ist Ihrer Meinung nach AIDS übertragbar...

	Ja	Nein	Man sagt nein, aber ich nehme mich in Acht	Weiß nicht
01. durch das Setzen auf einem WC-Deckel.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
02. durch Trinken aus dem Glas eines anderen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
03. durch Küssen auf den Mund.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
04. durch einen Mückenstich.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
05. über Blutspenden in Belgien (heutige Zeit).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

HI.02. Sind die nachstehenden Mittel, um sich gegen AIDS zu schützen, wirkungsvoll?

	Voll und ganz wirksam	Mehr oder weniger wirksam	Eher nicht wirksam	Überhaupt nicht wirksam	Ich weiß es nicht
01. Einnahme der Pille (Verhütungsmittel)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
02. Partner aussuchen, die scheinbar bei guter Gesundheit sind.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
03. Unterbrochener Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
04. Sich nach dem Geschlechtsverkehr waschen..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

HI.03. Haben Sie schon einen AIDS-Test machen lassen?

Ja, mehrere Male.....	<input type="checkbox"/> 1	} → Gehen Sie über zu HI.07 Seite 9
Ja, ein Mal.....	<input type="checkbox"/> 2	
Nein.....	<input type="checkbox"/> 3	
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> 9	

HI.04. Wann haben Sie zum letzten Mal einen AIDS-Test machen lassen?

Vor weniger als 3 Monaten	<input type="checkbox"/> 1
Länger als 3 Monate, aber weniger als 1 Jahr.....	<input type="checkbox"/> 2
Vor mehr als einem Jahr.....	<input type="checkbox"/> 3
Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/> 9

HI.05. Auf wessen Initiative hin wurde der Test gemacht?

- Auf meine eigene Initiative hin..... 1
- Auf Initiative meines Arztes 2
- Auf Initiative eines anderen 3
- Wer ? _____ ←

HI.06. Warum wurde dieser Test gemacht?

Mehrfachantworten möglich

- 01. Aufgrund körperlicher Beschwerden..... 1
- 02. Weil ich schwanger werden wollte..... 1
- 03. Im Rahmen von Untersuchungen während der Schwangerschaft 1
- 04. Im Rahmen einer Routineuntersuchung 1
- 05. Weil ich mich einer Operation unterziehen musste 1
- 06. Weil ich Angst hatte, mit dem Virus infiziert worden zu sein
 - a) - nach einem Geschlechtsverkehr..... 1
 - b) - aus einem anderen Grund..... 1
- 07. Aus verwaltungstechnischen Gründen(z.Bsp. Versicherung Arbeit, Visa...) 1
- 08. Weil ich eine neue Beziehung eingegangen war oder Weil ich heiraten wollte 1
- 09. Im Rahmen einer Blutspende..... 1
- 10. Aus einem anderen Grund 1
- Welcher? _____ ←

HI.07. Würden Sie es akzeptieren...

	Ja	Ja, aber ich hätte Angst	Nein, ich hätte zuviel Angst	Ich weiß es nicht
01. ein Essen mit einer Person zu teilen, die HIV-positiv ist?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9
02. Ihre Kinder in Begleitung einer Person zu lassen, die HIV-positiv ist (Kinderaufsicht, andere Kinder, die HIV-Positiv sind?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 9

HI.08. Sind Sie damit einverstanden....

	Völlig damit einverstanden	Mehr oder weniger einverstanden	Eher nicht einverstanden	Absolut nicht einverstanden	Weiß nicht
01. dass ein Arbeitgeber eine Person, die an AIDS leidet, entlassen darf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
02. dass, wenn ein(e) Kollege/-gin HIV-Positiv ist, ich davon unterrichtet werden müsste, auch ohne Einverständnis des Betroffenen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
03. dass man die Personen gerichtlich belangt, die als HIV-Positive ungeschützten Geschlechtsverkehr haben und ihren Partner nicht informieren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

HI.09. Sind Sie damit einverstanden...

	Völlig damit einverstanden	Mehr oder weniger einverstanden	Eher nicht einverstanden	Absolut nicht einverstanden	Weiß nicht
01. dass HIV/AIDS keine schlimme Krankheit mehr ist	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
02. dass die neuen Behandlungen HIV/AIDS heilen können	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
03. dass man, dank der Behandlungen, nicht mehr an HIV/AIDS sterben kann	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
04. dass es einen wirkungsvollen Impfstoff gegen HIV/AIDS gibt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9
05. dass HIV/AIDS kein Problem mehr in Belgien und den anderen europäischen Ländern darstellt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 9

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.07. Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten an Versammlungen oder Aktivitäten teilgenommen, die von einer Vereinigung organisiert wurden (z.Bsp. Jugendgruppe, Sportclub, Kartensclub, eine Elternvereinigung, Selbsthilfegruppe...)?

- 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.04. Wieviele gute Freunde und Verwandte haben Sie, denen Sie sich anvertrauen können, mit denen Sie frei und offen über Ihre Probleme reden können?

Geben Sie die Anzahl guter Freunde und Verwandten an :.....

Weiß nicht 999

SO.05. 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?

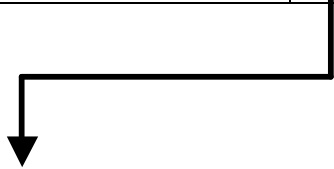
	Nie	Selten	Ab und zu	Meistens	Immer
01. Jemand der Ihnen hilft, wenn Sie ans Bett gefesselt sind	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Jemand auf den Sie zählen können und der Ihnen zuhört, wenn Sie reden 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. Haben Sie in Ihrem Leben bereits mehr als 100 Zigaretten oder eine entsprechende Quantität an Tabak geraucht?

Ja 1

Nein..... 2



Wenn niemals diese Anzahl geraucht haben, gehen Sie über zu ID.01, Seite 14

TA.02. Rauchen Sie zur Zeit?

Ja, täglich 1

Ja, gelegentlich..... 2

Nein..... 3



FÜR DIE DERZEITIGEN RAUCHER

TA.03. Was rauchen Sie und wie oft?

Für jedes Produkt vermerken Sie bitte, ob Sie

1) *täglich*
2) *gelegentlich*
3) *gar nicht*

rauchen.

	Täglich	Gelegentlich	Gar nicht
01. Zigaretten aus der Schachtel.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Selbstgedrehte Zigaretten (<u>ohne Filter</u>) ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Selbstgedrehte Zigaretten (<u>mit Filter</u>)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Zigarre/Zigarillos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Pfeife.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Andere:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

↓

(Präzisieren):

FÜR DIE EHEMALIGEN RAUCHER

TA.09. Was rauchten Sie und wie oft?

Für jedes Produkt vermerken Sie bitte, ob Sie

1) *täglich*
2) *gelegentlich*
3) *gar nicht*

rauchen.

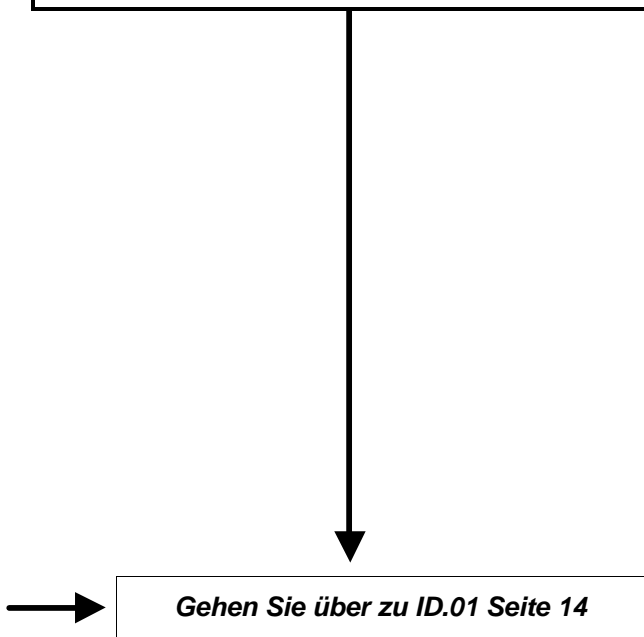
	Täglich	Gelegentlich	Gar nicht
01. Zigaretten aus der Schachtel.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
02. Selbstgedrehte Zigaretten (<u>ohne Filter</u>) ..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
03. Selbstgedrehte Zigaretten (<u>mit Filter</u>)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
04. Zigarre/Zigarillo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
05. Pfeife.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
06. Andere:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

↓

(Präzisieren):

FÜR DIE DERZEITIGEN RAUCHER	
TA.04. Mit welchem Alter haben Sie angefangen, regelmäßig zu rauchen?	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
TA.05. Wieviel <u>Zigaretten</u> rauchen Sie gewöhnlich pro Tag?	- Rauche gewöhnlich <input type="text"/> <input type="text"/> Zigaretten/Tag - Rauche keine Zigaretten..... <input type="text"/> 88 - Rauche nicht täglich <input type="text"/> 99
TA.06. Wann rauchen Sie die erste Zigarette, nachdem Sie aufgestanden sind?	- 5 Minuten danach..... <input type="text"/> 1 - 6 bis 30 Minuten danach..... <input type="text"/> 2 - 31 bis 60 Minuten danach..... <input type="text"/> 3 - 60 Minuten danach..... <input type="text"/> 4
TA.07. Verglichen zu der Situation von vor 2 Jahren, würden Sie sagen, dass ihr jetziger Tabakkonsum sich verändert hat?	- Ich rauche mehr als vor 2 Jahren <input type="text"/> 1 - Ich rauche weniger als vor 2 Jahren..... <input type="text"/> 2 - Unverändert seit 2 Jahren..... <input type="text"/> 3
TA.08. Haben Sie schon mal versucht, mit dem Rauchen aufzuhören?	- Ja <input type="text"/> 1 - Nein..... <input type="text"/> 2

FÜR DIE EHEMALIGEN RAUCHER	
TA.10. Mit welchem Alter hatten Sie angefangen , regelmäßig zu rauchen?	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
TA.11. Wieviel <u>Zigaretten</u> haben Sie gewöhnlich pro Tag geraucht?	- Rauchte gewöhnlich <input type="text"/> <input type="text"/> Zigaretten/Tag - Rauchte keine Zigaretten..... <input type="text"/> 88 - Rauchte nicht täglich <input type="text"/> 99
TA.12. Seit wann haben Sie aufgehört zu Rauchen?	- Seit weniger als einem Monat <input type="text"/> 1 - Seit einem Monat oder mehr aber weniger als 6 Monate <input type="text"/> 2 - Seit 6 Monaten oder mehr aber weniger als 1 Jahr <input type="text"/> 3 - Seit Jahr oder mehr aber wengier als 2 Jahre <input type="text"/> 4 - Seit 2 Jahren oder mehr <input type="text"/> 5



Konsum von anderen Produkten

ID.01. Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

Ja..... 1

Nein..... 2 → **Gehen Sie über zu AL.01 Seite 15**

ID.02. Mit welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

Jahre

ID.03. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

Ja..... 1

Nein..... 2 → **Gehen Sie über zu AL.01 Seite 15**

ID.04. Haben Sie in den letzten 30 Tagen Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

Ja..... 1

Nein..... 2 → **Gehen Sie über zu AL.01 Seite 15**

ID.05. An wievielen Tagen haben Sie während der letzten 30 Tage Cannabis (Haschisch oder Marihuana) genommen?

20 Tage oder mehr..... 1

10-19 Tage..... 2

4-9 Tage..... 3

1-3 Tage..... 4

ID.06. Nehmen Sie meistens Marihuana oder Haschisch?

(Fast)-immer Mariuhana 1

Eher Mariuhana als Haschisch 2

Beides gleich oft..... 3

Eher Haschisch als Mariuhana 4

(Fast)-immer Haschisch..... 5

Ich weiß es nicht..... 9

Alkoholkonsum

AL.01. Bitte vermerken Sie in der untenstehenden Liste die alkoholischen Getränke, die Sie während der letzten 12 Monate zu sich genommen haben (auch wenn es nur einmalig war):

- 01. Bier (alkoholfreies Bier nicht einbegriffen)..... 1
 - 02. Wein, Sherry, Port, Vermouth..... 1
 - 03. Likör, Eiercognak, Kir..... 1
 - 04. Gin, Brandy, Cognak, Whisky, Wodka..... 1
 - 05. Longdrinks, Cocktail, Breezer..... 1
 - 06. Leicht alkoholisierte Getränke (z.Bsp. alkoholfreies Bier)..... 1
 - 07. Andere alkoholische Getränke..... 1
- Präzisieren _____

Wenn Sie während der letzten 12 Monate keinen Alkohol getrunken haben, gehen Sie direkt zur Frage NS.01 über (Seite 19)

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

Gehen Sie über zu AL.04
Seite 16

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

- Täglich..... 1
- 5 bis 6 Mal pro Woche 2
- 3 bis 4 Mal pro Woche..... 3
- 1 bis 2 Mal pro Woche 4
- 1 bis 3 Mal pro Monat..... 5
- 3 bis 5 Mal auf 6 Monate..... 6
- 1 bis 2 Mal auf 6 Monate..... 7

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

Ja 1

Nein 2

**Gehen Sie über zu AL.07
Seite 17**

AL.05. An wieviele 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 in der Woche pro Tag (von montags bis donnerstags)?

- 11 Glas oder mehr 1

- 7 bis 10 Glas 2

- 6 Glas 3

- 4 oder 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

**Gehen Sie über zu AL.10,
Seite 18**

AL.08. An wievielen 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 Wochentag (von freitags bis sonntags)?

- 11 Glas oder mehr 1

- 7 bis 10 Glas..... 2

- 6 Glas 3

- 4 oder 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

Ernährung

NS.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

Gehen Sie über zu
TR.09 Seite 20

NS.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 1
- 02. Ich esse weniger Kalorien 1
- 03. Ich verausgabe mich mehr..... 1
- 04. Ich überspringe Mahlzeiten 1
- 05. Ich esse morgens mehr und abends weniger 1
- 06. Ich faste 24 Stunden und länger 1
- 07. Ich esse Diätprodukte 1
- 08. Ich nehme Produkte zum Abnehmen 1
- 09. Ich rauche 1
- 10. Ich nehme Abführmittel 1
- 11. Ich nehme an Gruppengesprächen teil (z.B. Weight Watchers)..... 1
- 12. Andere Möglichkeit (welche?) : _____ 1

NS.03. Auf wessen Rat hin versuchen Sie abzunehmen?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Hausarzt 1
- 02. Facharzt 1
- 03. Diätetiker 1
- 04. Medien, Presse, Zeitschriften 1
- 05. Familienmitglieder, Freunde, Bekannte 1
- 06. Aus eigener Initiative 1
- 07. Andere (wer?): _____ 1

Unfälle

TR.09 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 <input type="checkbox"/> 1	Nein..... <input type="checkbox"/> 2
↓	↓
↓	↓
Gehen Sie über zu WB.01 Seite 23	

TR.10 Welcher Art von Gewalt fielen Sie in den letzten 12 Monaten zum Opfer und wo ist es geschehen?

Mehrere Antwortmöglichkeiten. Kreuzen Sie das entsprechende Kästchen in Funktion der Art der erlebten Gewalt und des Ortes, wo es geschehen ist, an.

	Zu Hause	Arbeit/ Schule	Öffentlicher Ort	Auf öffentlicher Straße	Anderswo
01. Diebstahl, Einbruch, Erpressung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Verbale Gewalt</u>					
02. Beschimpfungen, Beleidigungen, Wortwechsel, Spott, Demütigung, Sarkasmus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Bedrohung, Einschüchterung, Moralische, exuelle, rassistische Belästigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Einsamkeit, Verlust, Freiheitsberaubung.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<u>Körperliche Gewalt</u>					
05. Stark stoßen, schütteln, drücken, keifen, kratzen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Fußtritte, Faustschlag, Schlagen/schneiden mit einem Gegenstand	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Sexuelle Gewalt, gezwungener Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Andere: Präzisieren: _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Verbale Gewalt (Ohne körperliche Gewalt)

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten Opfer von verbaler oder psychischer Gewalt wurden (nicht von körperlicher Gewalt begleitet), beziehen Sie sich bitte auf die **schlimmsten Ereignisse**, um auf die nächsten Fragen zu antworten:

Wenn Sie nicht Opfer von verbaler oder psychischer Gewalt wurden, oder wenn Sie Opfer von körperlicher Gewalt wurden, **gehen Sie bitte über zu TR.15 Seite 22.**

TR.11. Wieviele Personen waren an diesem Ereignis beteiligt?

- Eine einzige Person 1
- Eine Gruppe von Personen 2
- Ich weiß es nicht 9
- Ich möchte nicht antworten -1

TR.12. Kennen Sie die Personen, die beteiligt waren, persönlich?

- Ja 1
- Nein..... 2
- Ich weiß es nicht 3
- Ich möchte nicht antworten -1

TR.13. Hat dieser Akt der Gewalt Sie dazu geführt, eine (oder mehrere) der folgenden Instanzen zu kontaktieren/aufzusuchen?

Mehrere Antworten sind möglich

- 01. Polizei..... 1
- 02. Medizinischer Dienst (Arzt, Krankenhaus.....)..... 1
- 03. Offizielle oder juristische Dienste..... 1
- 04. Dienst für Opferbetreuung, Jugendhilfedienst
Aufnahmezentrum..... 1
- 05. Nothilfsdienste (Telefonhilfe, Kontaktstätte für Frauen)..... 1
- 06. Andere (präzisieren) : _____ 1
- 07. Ich möchte nicht antworten..... -1

TR.14. Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten Opfer von verbaler/psychischer Gewalt, die Sie dazu veranlasst hat, sich an einen dieser Dienste zu wenden?

- Niemals 1
- Einmal 2
- Zwei Mal 3
- Drei Mal oder mehr 4

Körperliche Gewalt

Wenn Sie in den letzten 12 Monate Opfer von körperlicher Gewalt wurden, beziehen Sie sich bitte auf die **schlimmsten Ereignisse**, um auf die nächsten Fragen zu antworten:

Wenn Sie nicht Opfer von körperlicher Gewalt wurden, **gehen Sie bitte über zu Frage WB.01 Seite 23.**

TR.15. Wieviele Personen waren an diesem Ereignis beteiligt?

- Eine Person 1
- Eine Gruppe von Personen 2
- Ich weiß es nicht 9
- Ich möchte nicht antworten -1

TR.16. Kennen Sie die Personen, die beteiligt waren, persönlich?

- Ja 1
- Nein..... 2
- Ich weiß es nicht 3
- Ich möchte nicht antworten -1

TR.17. Hat dieser Akt der Gewalt Sie dazu bewegt, eine (oder mehrere) der folgenden Instanzen zu kontaktieren/aufzusuchen?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Polizei..... 1
- 02. Medizinischer Dienst (Arzt, Krankenhaus.....)..... 1
- 03. Gesetzlicher oder juristischer Dienst 1
- 04. Dienst für Opferbetreuung, Jugendhilfedienst, Beherbergungszentrum..... 1
- 05. Telefonhilfe, Kontaktstätte für Frauen,..... 1
- 06. Andere (präzisieren) : _____ 1
- 07. Ich möchte nicht antworten -1

TR.18. Wie oft wurden Sie im Laufe der letzten 12 Monate Opfer von Gewalt die zu Verletzungen führten, die eine medizinische Behandlung nötig machten?

- Niemals 1
- Einmal 2
- Zwei Mal..... 3
- Drei Mal oder mehr 4

Emotionales 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

Achtung ! Im Laufe der letzten 4 Wochen, gab es Momente wo...

WB.13. Sie sich dynamisch gefühlt haben?

- Ständig..... 1
- Sehr oft..... 2
- Oft..... 3
- Manchmal..... 4
- Selten..... 5
- Nie..... 6

WB.14. Sie einen « Überschuss an Energie » fühlten?

- Ständig..... 1
- Sehr oft..... 2
- Oft..... 3
- Manchmal..... 4
- Selten..... 5
- Nie..... 6

WB.15. Sie sich erschöpft fühlten?

- Ständig..... 1
- Sehr oft..... 2
- Oft..... 3
- manchmal..... 4
- Selten..... 5
- Nie..... 6

WB.16. Sie sich müde fühlten?

- Ständig..... 1
- Sehr oft..... 2
- Oft..... 3
- Manchmal..... 4
- Selten..... 5
- Nie..... 6

Vorbeugung

Blutdruck

PR.01. Wurde Ihr Blutdruck schon gemessen?

- Ja..... 1
 Nein..... 2
 Ich weiß es nicht 9
- } → **Gehen Sie über zu PR.06 Seite 28**

PR.02. Wer hat Ihnen beim letzten Mal den Blutdruck gemessen?

- Ein Arzt, eine Krankenschwester, oder ein anderer Professioneller aus dem Gesundheitsbereich..... 1
 Ich selbst 2
 Eine andere Person 3
 Ich weiß es nicht 9

PR.03. Wann wurde Ihr Blutdruck zum letzten Mal überprüft?

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

PR.04. Hat man Ihnen bei einer Überprüfung Ihres Blutdrucks gesagt, dass Sie zu hohen Blutdruck haben?

- Ja 1
 Nein..... 2
 Ich weiß es nicht 9
- } → **Gehen Sie über zu PR.06 Seite 28**

**PR.05. Hat Ihnen ein Arzt, auf Grund Ihres erhöhten Blutdrucks empfohlen:
 Mehrere Antworten sind möglich**

01. Medikamente zu nehmen 1
 02. Abzunehmen..... 1
 03. Ihren Salzverbrauch zu verringern..... 1
 04. Mehr Sport zu treiben..... 1
 05. Ihren Alkoholkonsum zu verringern..... 1
 99. Ich weiß es nicht 1

Cholesterin

PR.06. Wurde Ihr Cholesterinspiegel schon einmal überprüft?

- Ja 1
 Nein..... 2
 Ich weiß es nicht 9
- } → **Gehen Sie über zu PR.10 Seite 29**

PR.07. Wann wurde Ihr Cholesterinspiegel zuletzt überprüft?

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

PR.08. 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
- } → **Gehen Sie über zu PR.10 Seite 29**

PR.09. Hat Ihnen ein Arzt, auf Grund Ihres erhöhten Cholesterinspiegels, empfohlen:

Mehrere Antworten möglich

01. Medikamente zu nehmen 1
 02. Abzunehmen..... 1
 03. Ihre Ernährungsgewohnheiten anzupassen 1
 04. Mehr Sport zu treiben..... 1
 99. Ich weiß es nicht 1

Zucker im Blut

PR.10. Wurde Ihr Zuckergehalt im Blut schon einmal gemessen?

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

→ **Gehen Sie über zu
PA.01 Seite 30**

PR.11. Wann wurde Ihr Zuckergehalt im Blut zuletzt gemessen?

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

PR.12. Hat man Ihnen bei einer Überprüfung gesagt, dass Ihr Zuckergehalt im Blut zu hoch ist?

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

Körperliche Aktivität

Die folgenden 2 Fragen beziehen sich nur auf körperliche Aktivitäten in Ihrer Freizeit.

PA.01. Welcher Satz kennzeichnet am besten Ihre körperlichen Aktivitäten während des letzten Jahres?

- Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche..... 1
- Jogging, andere Entspannungssportarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche 2
- Jogging, andere Entspannungssportarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche..... 3
- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, mindestens 4 Stunden pro Woche.... 4
- Spaziergang, Radfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche.... 5
- Lesen, Fernsehen oder andere häusliche Aktivitäten 6
- Ich weiß es nicht..... 9

PA.02. Üben Sie in Ihrer Freizeit mindestens einmal pro Woche eine körperliche Aktivität wie Jogging, Radfahren, usw... aus und mindestens so lange, bis Sie schwitzen?

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

→ **Wenn ja, präzisieren:**

Tage pro Woche

Folgende Fragen beziehen sich auf körperliche Aktivitäten **während der letzten 7 Tage.**

Versuchen Sie, auf alle Fragen zu antworten, auch wenn Sie der Meinung sind, nicht sehr aktiv zu sein.

Die Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Tätigkeit bei der Arbeit, bei Ihren Fahrten, bei der Haus- und Gartenarbeit, in der Freizeit, zur Entspannung, zur Körperbewegung, zum Sport.

Große körperliche Anstrengung

Schwere körperliche Aktivitäten lassen Sie **viel** schneller und tiefer atmen als gewöhnlich.

Denken Sie an alle schweren körperlichen Betätigungen, die Sie während der letzten 7 Tage ausgeübt haben	Berücksichtigen Sie nur die Aktivitäten, die Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben.
--	---

PA.03. An wievielen Tagen haben Sie in **den letzten 7 Tagen** solch **schwere** körperliche Aktivität verrichtet wie z.Bsp. schwere Gegenstände heben, graben, Aerobic, Jogging, Sport?

Tag(e) pro Woche →

**Wenn Ihre Antwort «0 Tage», lautet
Gehen Sie über zu « *mittelmäßig anstrengende
körperliche Aktivitäten* »**

PA.04. Wieviel Zeit nahmen diese **schweren** körperlichen Tätigkeiten an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

Stunden Minuten/Tag

Ich weiß es nicht 99

Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten

Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten lassen Sie **etwas** schneller als gewöhnlich atmen.

Denken Sie an die mittelmäßig anstrengenden körperlichen Aktivitäten, die Sie während der letzten 7 Tage ausgeübt haben.	Berücksichtigen Sie nur die mittelmäßig ausgeübten Aktivitäten, die Sie während mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben.
--	--

PA.05. An wievielen Tagen haben Sie in **den letzten 7 Tagen** eine **mittelmäßig anstrengende** körperliche Aktivität ausgeübt, wie z.Bsp. leichte Gegenstände heben, in normalem Tempo Rad fahren, Tennisspiel im Doppel....
!!! Bitte nicht den Spaziergang berücksichtigen !!!

Tag(e) pro Woche →

**Wenn Ihre Antwort «0 Tage» lautet,
Gehen Sie über zu « *Fußmarsch* » Seite 32**

PA.06. Wieviel Zeit nahmen diese **mittelmäßig anstrengenden** körperlichen Tätigkeiten an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

Stunden Minuten/Tag

Ich weiß es nicht 99

Wandern

Denken Sie an die Zeit, die Sie in den letzten 7 Tagen mit einer Wanderung oder Spaziergang verbracht haben.	Dies beinhaltet die Wege, die man zu Fuß auf der Arbeit, zu Hause, um sich von einem Ort zum anderen zu begeben, zurücklegt. Auch zählen die Fußwege, die zur Entspannung und zur sportlichen Freizeitbeschäftigung dienen.
---	---

PA.07. An wievielen Tagen sind Sie während den letzten 7 Tagen mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung gewandert oder zu Fuß gegangen?

Tag(e) pro Woche



Wenn Ihre Antwort «0 Tage» lautet, Gehen Sie über zu «sitzen bleiben»

PA.08. Wie lange sind Sie insgesamt an so einem Tag gewandert oder zu Fuß gegangen?

Stunden Minuten / Tag

Ich weiß es nicht 99

PA.09. In welchem Tempo sind Sie normalerweise gewandert oder zu Fuß gegangen?

- In einem schnellen Tempo, das Sie schneller als normal atmen läßt..... 1
- In einem mäßigen Tempo, das Sie etwas schneller als normal atmen läßt..... 2
- In einem langsamen Tempo, das Ihre Atmung nicht beeinflusst..... 3
- Weiß nicht..... 9

Sitzen bleiben

Die letzte Frage beschäftigt sich mit der Zeit, die Sie im Sitzen verbracht haben an einem Tag der Woche in den vergangenen 7 Tagen .	Dies betrifft die Zeit, die Sie im Sitzen verbracht haben auf Ihrer Arbeitsstelle, zu Hause, beim Lernen und während Ihrer Freizeit. Es beinhaltet die Zeit, die Sie im Sitzen verbracht haben an einem Büro, bei Freunden oder beim Lesen. Es beinhaltet die Zeit, die Sie im Sitzen oder ausgestreckt verbracht haben, um fernzusehen.
---	--

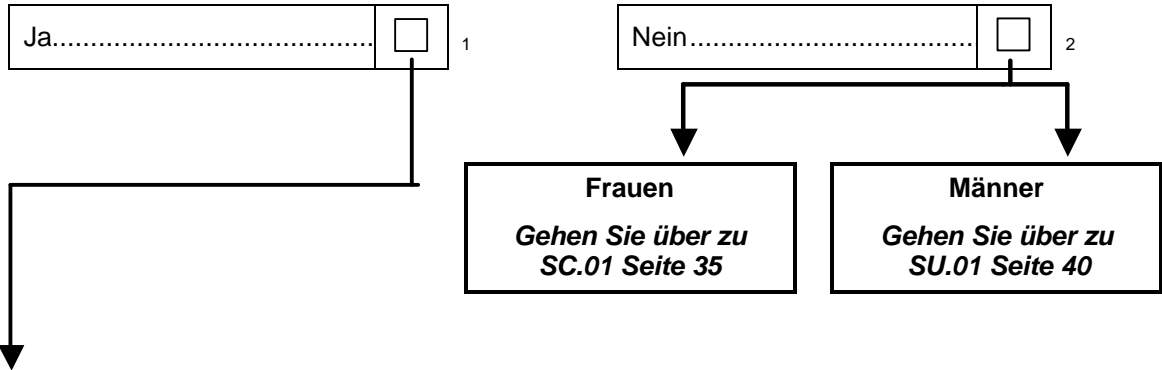
PA.10. Wieviel Zeit haben Sie an einem Tag während den letzten 7 Tagen im Sitzen verbracht?

Stunden Minuten / Tag

Ich weiß es nicht 99

Gesundheit und Sexualität

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



RH.02. Haben Sie oder Ihr Partner während der letzten 12 Monate ein Verhütungsmittel verwendet um sexuell übertragbare Krankheiten zu vermeiden?

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

RH.03. Wenn Sie oder Ihr Partner im Laufe der letzten 12 Monate eine oder mehrere Verhütungsmethoden zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten verwendet haben, nennen Sie diese aus folgender Auflistung:

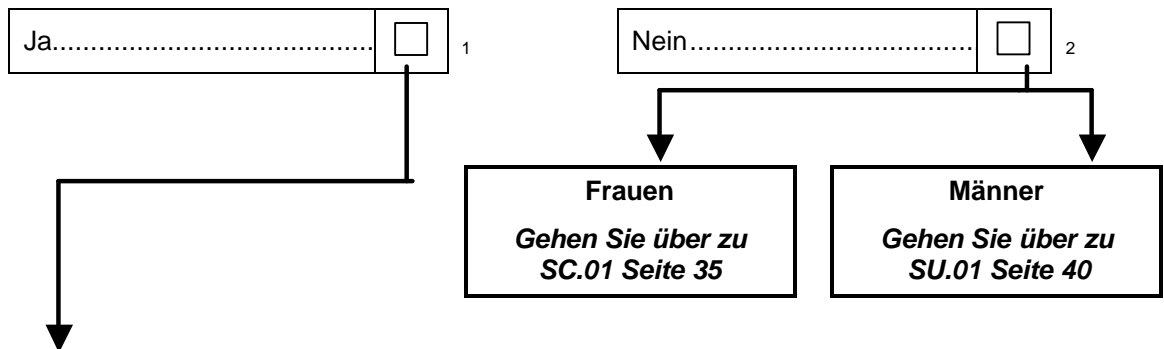
Mehrere Antworten möglich

- 01. Kondom für Männer 1
 - 02. Kondom für Frauen 1
 - 03. Oralverkehr vermieden..... 1
 - 04. Vaginalverkehr vermieden..... 1
 - 05. Analverkehr vermieden 1
 - 06. Andere Methode 1
- Welche : _____ ←

RH.04. Haben Sie seit mindestens 12 Monaten eine feste Beziehung zu ein und demselben Partner?

- Ja..... 1
- Nein 2

RH.05. Haben Sie oder Ihr(e) Partner während der letzten 12 Monate ein Verhütungsmittel verwendet (um eine Schwangerschaft zu vermeiden)?



RH.06. Welche Verhütungsmethode haben Sie oder Ihr(e) Partner in den letzten 12 Monaten vorzugsweise verwendet?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Pille..... 1
 - 02. Hormonpflaster zur Verhütung..... 1
 - 03. Implantat..... 1
 - 04. Injizierbare Verhütungsmittel (wie Depo-Provera®)..... 1
 - 05. Vaginaler Verhütungsring (wie NuvaRing®)..... 1
 - 06. Spirale..... 1
 - 07. Pille danach..... 1
 - 08. Diaphragma..... 1
 - 09. Spermizid..... 1
 - 10. Kondom für Männer..... 1
 - 11. Kondom für Frauen..... 1
 - 12. Periodische Abstinenz..... 1
 - 13. Unterbrochener Geschlechtsverkehr..... 1
 - 14. Die Sterilisation der Frau..... 1
 - 15. Die Sterilisation des Mannes..... 1
 - 16. Andere Methode..... 1
- Welche : _____

Krebsvorsorge

Achtung!

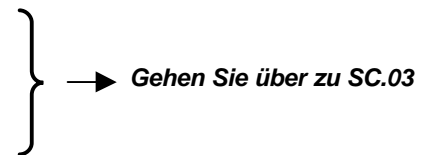
Dieser Teil ist ausschließlich für Frauen vorgesehen
Männer können direkt zum nächsten Modul übergehen (Seite 40).

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

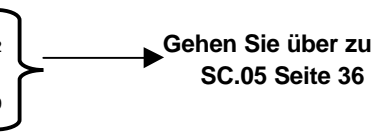
Ich weiß es nicht 9

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

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Ich weiß es nicht 9
- Gehen Sie über zu SC.10
Seite 37**

SC.06. 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.07. In welchem Jahr haben Sie sich Ihrer letzten Mammographie unterzogen?

SC.08. Aus welchem Grund haben Sie sich dieser Mammographie unterzogen?

Mehrere Antworten möglich

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

SC.09. Wurde bei Ihnen, im Rahmen dieser Mammographie, auch einer Ultraschalluntersuchung durchgeführt?

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

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

- Ja..... 1
 - Nein 2
 - Ich weiß es nicht..... 9
- } → **Gehen Sie über zu SC.13 Seite 38**

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

- Ja..... 1 → **Gehen Sie über zu SC.13 Seite 38**
- Nein 2

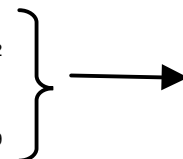
SC.12. Warum haben Sie sich nach Erhalt dieses Schreibens keiner Brustkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen (Mammotest)? Weil...

Mehrere Antworten möglich

- 01. ich mich kurz vorher einer Brustkrebsvorsorgeuntersuchung unterzogen hatte 1
- 02. ich keine Zeit hatte 1
- 03. diese Untersuchung zu teuer ist 1
- 04. ich es nicht für erforderlich erachte 1
- 05. ich diese Untersuchung als unangenehm empfinde 1
- 06. weil mir bei einer Operation bereits eine Brust/die Brüste abgesetzt wurden 1
- 07. aus anderen Gründen..... 1
Welche? : _____

SC.13. Wurde bei Ihnen bereits ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?

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



**Gehen Sie über zu
SC.16 Seite 39**

SC.14. Wann haben Sie zum letzten Mal einen Gebärmutterhalsabstrich 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.15. Aus welchem Grund haben Sie den Gebärmutterhalsabstrich machen lassen?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Auf Empfehlung Ihres Hausarztes, ohne dass Beschwerden oder Anomalien dazu Anlass gaben 1
- 02. Auf Empfehlung Ihres Gynäkologen, ohne dass Beschwerden oder Anomalien dazu Anlass gaben 1
- 03. Folge einer vorherigen Untersuchung..... 1
- 04. Wegen einer anormalen Blutung 1
- 05. Sie selbst haben eine andere Anomalie festgestellt..... 1
- 06. Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Anomalie festgestellt 1
- 07. Sie hatten bereits Gebärmutterhalskrebs..... 1
- 08. Infolge eines Briefes, in dem diese Untersuchung empfohlen wurde..... 1
- 10. Anderer Grund..... 1
Welcher? _____

ACHTUNG !! Gehen sie jetzt direkt zur Frage SC.17 Seite 39

SC.16. Warum haben Sie in den letzten 3 Jahren keinen Gebärmutterhalsabstrich machen lassen?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Weil ich keine Zeit hatte 1
- 02. Weil diese Untersuchung zu teuer ist..... 1
- 03. Ich es nicht für erforderlich erachte 1
- 04. Weil ich diese Untersuchung als unangenehm empfinde 1
- 05. Weil mir bei einer Operation der Gebärmutterhals entfernt wurde 1
- 06. Aus anderen Gründen 1
 Welche? _____

SC.17. Haben Sie in den letzten 3 Jahren ein Schreiben erhalten, in dem Ihnen empfohlen wurde, einen Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen zu lassen?

- Ja 1
 - Nein..... 2
 - Ich weiß es nicht 9
- } → **Gehen Sie über zu SU.01 Seite 40**

SC.18. Haben Sie nach Erhalt dieses Schreibens einen Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen lassen?

- Ja..... 1 → **Gehen Sie über zu SU.01 Seite 40**
- Nein 2

SC.19. Warum haben Sie nach Erhalt dieses Schreibens keinen Abstrich zur Krebsvorsorgeuntersuchung des Gebärmutterhalses machen lassen?

Mehrere Antworten möglich

- 01. Weil ich mich kurz vorher einer Untersuchung unterzogen hatte 1
- 02. Weil ich keine Zeit hatte 1
- 03. Weil diese Untersuchung zu teuer ist..... 1
- 04. Weil ich es nicht für erforderlich erachte 1
- 05. Weil ich diese Untersuchung als unangenehm empfinde 1
- 06. Weil mir bei einer Operation der Gebärmutterhals entfernt wurde 1
- 07. Anderer Grund 1
 Welcher ? : _____

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. Wie haben Sie diesen Fragebogen ausgefüllt:

- Ganz alleine 1
- Mit gelegentlicher Hilfe des Befragten..... 2
- Hauptsächlich mit der Hilfe des Befragers 3
- Ganz mit Hilfe des Befragers 4
- Anders, (präzisieren): _____ 5

SU.04. Wieviel Zeit haben Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens benötigt?

		Minuten
--	--	---------

SU.05. Empfinden Sie diesen Teil des Fragebogens als zu lang?

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

Besten Dank für ihre Mitarbeit

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN SIND ERHÄLTlich BEI:

Frau E. Hesse

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

Tel.: 02/642.57.55

e-mail his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/HIS>

2 Juni 2004