

Wie sind diese Fragen zu beantworten?

Antworten Sie selbst auf diese Fragen.
 Lesen Sie Fragen und Antworten aufmerksam durch, bevor Sie eine Antwort geben.
 Kreuzen Sie nur eine Antwort pro Frage an, es sei denn, es wäre anders angegeben.

Hier 2 verschiedene Beispiele, die Ihnen zeigen, wie Sie die Antwort notieren sollten..

Beispiel 1: Bei dieser Art Fragen bitte die Antwort umkreisen.

EX.01.		Wie häufig nutzen Sie die folgenden öffentlichen Verkehrsmittel?			
		nie	gelegentlich	häufig	jeden Tag
		<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>			
01	Zug	①	2	3	4
02	Metro	1	2	3	④
03	Autobus	1	②	3	4

Beispiel 2: Bei dieser Art Fragen bitte die Antwort ankreuzen

EX.02.		Sind Sie bereits mit dem Flugzeug geflogen?	
	Ja, mehrmals	<input type="checkbox"/>	1
	Ja, einmal	<input type="checkbox"/>	2
	Nein, nie	<input checked="" type="checkbox"/>	3 ➔ Gehens Sie zu SH.01

In manchen Fällen (wie im Beispiel 2, siehe oben) führt Ihre Antwort dazu, dass eine Reihe von Fragen "übersprungen" wird und Sie direkt zu einer anderen Frage übergehen. Diese "Sprünge" werden neben den Antworten durch einen Pfeil angegeben. Außerdem steht dort der Vermerk "gehen Sie über zu Frage..." und die Nummer der Frage, zu der Sie übergehen sollen oder „Gehen Sie weiter zu Seite ...“ und die Nummer der Seite, zu der Sie weitergehen sollen. Wenn kein "Sprung" angegeben ist, folgen Sie der chronologischen Reihenfolge der Fragen.

Zögern Sie nicht, Ihren Befrager um Erklärungen zu bitten, wenn Sie eine Frage nicht verstehen oder wenn Sie Schwierigkeiten haben, eine Frage zu beantworten.

Wahrnehmung des Gesundheitszustandes

SH.01.	Wie ist Ihr allgemeiner Gesundheitszustand?
	Sehr gut <input type="checkbox"/> ₁
	Gut <input type="checkbox"/> ₂
	Mittelmäßig <input type="checkbox"/> ₃
	Schlecht <input type="checkbox"/> ₄
	Sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₅

SH.02.	Leiden Sie an einer langwierigen oder chronischen Krankheit?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

SH.03.	Fühlen Sie sich seit mindestens 6 Monaten infolge eines Gesundheitsproblems in den gewöhnlichen Tätigkeiten beeinträchtigt?
	Ja, sehr beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ₂
	Nein, überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₃

Stress und Wohlbefinden

Wie fühlten Sie sich während der letzten Wochen?

Beschreiben Sie Ihre derzeitige Situation, nicht die wie sie möglicherweise in der Vergangenheit war.

Innerhalb der letzten Wochen...

WB.01.	Haben Sie sich auf all Ihre Aufgaben konzentrieren können?
	Besser als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Schlechter als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel schlechter als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.02.	Haben Sie unter Schlafmangel gelitten, weil Sie Sorgen hatten?
	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.03.	Hatten Sie das Gefühl, im Leben zu etwas nützlich zu sein?
	Mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Weniger nützlich als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel weniger nützlich als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.04.	Fühlten Sie sich in der Lage, Entscheidungen zu treffen?
	Mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Weniger in der Lage als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel weniger in der Lage als üblich <input type="checkbox"/> ₄

Innerhalb der letzten Wochen...

WB.05.	Fühlten Sie sich dauernd angespannt oder gestresst?
	Absolut nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Ein wenig mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.06.	Hatten Sie das Gefühl, Ihre Schwierigkeiten nicht meistern zu können?
	Absolut nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Ein wenig mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.07.	Konnten Sie Ihren Alltagsaktivitäten mit Freude nachgehen (Befriedigung daraus ziehen)?
	Mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas weniger als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel weniger als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.08.	Fühlten Sie sich fähig, sich mit Ihren Problemen auseinander zu setzen?
	Mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas weniger fähig als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel weniger fähig als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.09.	Waren Sie unglücklich und deprimiert?
	Absolut nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

Innerhalb der letzten Wochen...

WB.10.	Haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren?
	Absolut nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.11.	Haben Sie sich wertlos gefühlt?
	Absolut nicht <input type="checkbox"/> ₁
	Nicht mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₄

WB.12.	Haben Sie sich alles in allem glücklich gefühlt?
	Mehr als üblich <input type="checkbox"/> ₁
	Wie üblich <input type="checkbox"/> ₂
	Etwas weniger als üblich <input type="checkbox"/> ₃
	Viel weniger als üblich <input type="checkbox"/> ₄

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt haben.

Geben Sie für jede Frage die Antwort an, die Ihnen die passendste zu sein scheint.

WB.13.	In welchem Maße haben Sie sich innerhalb der <u>letzten 4 Wochen</u> so gefühlt?	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>						
01	Voller Schwung?	1	2	3	4	5
02	Voller Energie?	1	2	3	4	5
03	Erschöpft?	1	2	3	4	5
04	Müde?	1	2	3	4	5

Soziale Kontakte

SO.01.	Wie beurteilen Sie Ihre sozialen Kontakte?
	Sehr zufriedenstellend <input type="checkbox"/> ₁
	Mehr oder weniger zufriedenstellend <input type="checkbox"/> ₂
	Eher unzufriedenstellend <input type="checkbox"/> ₃
	Völlig unzufriedenstellend <input type="checkbox"/> ₄

SO.02.	Wie oft haben Sie <u>gewöhnlich</u> Kontakt zu Ihren Eltern, Kindern, Freunden, Bekannten...?
	Mindestens 1 mal pro Woche <input type="checkbox"/> ₁
	Mindestens 1 mal pro Monat <input type="checkbox"/> ₂
	Mindestens 3 - 4 mal pro Jahr <input type="checkbox"/> ₃
	Mindestens 1 mal pro Jahr <input type="checkbox"/> ₄
	Nie <input type="checkbox"/> ₅

SO.03.	Wie viele Personen stehen Ihnen so nahe, dass Sie bei großen Problemen auf sie zählen können?
	Keine <input type="checkbox"/> ₁
	1 oder 2 <input type="checkbox"/> ₂
	3 bis 5 <input type="checkbox"/> ₃
	6 oder mehr <input type="checkbox"/> ₄

SO.04.	Inwiefern kümmern sich andere um Sie und interessieren sich für das, was Sie tun?
	Sehr stark <input type="checkbox"/> ₁
	Mittelmäßig <input type="checkbox"/> ₂
	Kann ich nicht sicher sagen <input type="checkbox"/> ₃
	Ein wenig <input type="checkbox"/> ₄
	Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₅

SO.05.	Wie schwer ist es für Sie, von Ihren Nachbarn eine praktische Hilfe zu bekommen, wenn Sie diese brauchen?
	sehr leicht <input type="checkbox"/> ₁
	leicht <input type="checkbox"/> ₂
	möglich <input type="checkbox"/> ₃
	schwierig <input type="checkbox"/> ₄
	sehr schwierig <input type="checkbox"/> ₅

Tabakkonsum

TA.01.	Haben Sie <u>in Ihrem Leben</u> schon mehr als 100 Zigaretten (ungefähr 5 Päckchen) oder eine ähnlich große Menge Tabak geraucht?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie weiter zu Seite 16


TA.02.	Wie alt waren Sie, als Sie Ihre <u>erste Zigarette</u> bis zu Ende geraucht haben
	Alter: Jahre

TA.03.	In welchem Alter haben Sie begonnen, <u>regelmäßig</u> zu rauchen?
	Alter: Jahre
	Ich habe niemals regelmäßig geraucht <input type="checkbox"/> ₉₉

TA.04.	Haben Sie schon an jedem Tag geraucht?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

TA.05.	Wenn ja, während wie vieler Jahre <u>insgesamt</u> haben Sie täglich geraucht? <i>(Zählen Sie alle Zeiträume zusammen, während derer Sie täglich geraucht haben)</i>
	..... Jahre (Wenn es weniger als 1 Jahr war schreiben Sie "0")
	Ich habe niemals täglich geraucht <input type="checkbox"/> ₉₉

TA.06.	Rauchen Sie zur Zeit?
	Ja, jeden Tag <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Gehen Sie weiter zu Seite 11
	Ja, gelegentlich <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie weiter zu Seite 13
	Nein, überhaupt nicht <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Gehen Sie weiter zu Seite 14

	Tägliche Raucher
---	-------------------------

Diese Fragen richten sich an die Personen, die aktuell täglich rauchen.

TA.07.	Wie viele Zigaretten, Zigarren, Pfeifen... rauchen Sie <u>jeden Tag</u>?
	<i>(mehrere Antworten möglich)</i>
	Anzahl ↓ Achtung: Anzahl Zigaretten, Zigarren und Pfeifen angeben, <u>nicht</u> die Anzahl der Päckchen
01	..... Vorgefertigte Zigaretten
02	..... Selbst gedrehte Zigaretten (<u>ohne</u> Filter)
03	..... Selbst gestopfte Zigaretten (<u>mit</u> Filter)
04	..... Zigarren/Zigarillos
05	..... Pfeifen (Tabak)
06	..... Wasserpfeifen, Shishas (Anzahl Sitzungen)
07	..... Elektronische Zigaretten <u>mit</u> Nikotin
08	..... Andere. Präzisieren Sie:

TA.08.	Wann rauchen Sie morgens die erste Zigarette, Zigarre, Pfeife nach dem Aufwachen?
	5 Minuten danach <input type="checkbox"/> ₁
	6 -- 30 Minuten danach <input type="checkbox"/> ₂
	31 -- 60 Minuten danach <input type="checkbox"/> ₃
	60 Minuten danach <input type="checkbox"/> ₄

TA.09.	Haben Sie schon mal während mindestens <u>24 Stunden</u> nicht geraucht, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten?
	Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, einmal <input type="checkbox"/> ₂
	Nein <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Gehen Sie weiter zu Seite 16

TA.10.	Wann haben Sie zuletzt versucht, wenigstens während 24 Stunden nicht zu rauchen?
	Vor weniger als 6 Monaten <input type="checkbox"/> ₁
	Vor 6 Monaten oder länger, aber vor weniger als 12 Monate <input type="checkbox"/> ₂
	Vor 12 Monaten oder länger <input type="checkbox"/> ₃

TA.11.	Denken Sie an das <u>letzte Mal</u>, als Sie während mindestens 24 Stunden nicht geraucht haben, weil Sie mit dem Rauchen aufhören wollten. Nach welcher Methode sind Sie dabei vorgegangen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Keine besondere Methode <input type="checkbox"/> ₁
02	Telefonhilfe "Tabakstop" <input type="checkbox"/> ₁
03	Individuelle Hilfe oder in einer Gruppe unter Anleitung eines anerkannten Tabakologen. <input type="checkbox"/> ₁
04	Sprechstunde bei einem Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich <input type="checkbox"/> ₁ Beschreiben Sie bitte:
05	Verordnete Medikamente: Zyban® <input type="checkbox"/> ₁
06	Champix® <input type="checkbox"/> ₁
07	Andere Medikamente <input type="checkbox"/> ₁
08	Elektronische Zigarette: <u>mit</u> Nikotin <input type="checkbox"/> ₁
09	<u>ohne</u> Nikotin <input type="checkbox"/> ₁
10	Nikotinersatz (Nikotinpflaster, Kaugummi, Spray, Lutschpastillen,...) <input type="checkbox"/> ₁
11	Selbsthilfe: via Internet, Broschüren, Bücher,... <input type="checkbox"/> ₁
12	Andere Methode <input type="checkbox"/> ₁ bitte beschreiben:

TA.12.	Denken Sie an das letzte Mal, als Sie während mindestens 24 Stunden nicht geraucht haben. Welcher war der Hauptgrund, warum Sie wieder angefangen haben? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Emotionaler / Beziehungsstress <input type="checkbox"/> ₁
02	Gewohnheitsbedingt / durch Langeweile <input type="checkbox"/> ₁
03	Vermehrter Besuch von Gesellschaften / Alkoholkonsum <input type="checkbox"/> ₁
04	Fehlende Unterstützung / Information <input type="checkbox"/> ₁
05	Gewichtskontrolle / Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> ₁
06	Um konzentriert / aufmerksam zu sein <input type="checkbox"/> ₁
07	mein Umfeld raucht / raucht weiterhin <input type="checkbox"/> ₁
08	Entzugserscheinungen <input type="checkbox"/> ₁
09	Kein besonderer Grund / für den Genuss <input type="checkbox"/> ₁
10	Andere Gründe <input type="checkbox"/> ₁ bitte beschreiben:



Tägliche Raucher → Gehen Sie weiter zu Seite 16



Gelegenheitsraucher

Diese Fragen richten sich an die Personen, die aktuell rauchen, aber nicht täglich.

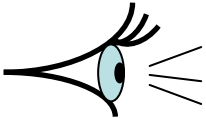
TA.13.	Rauchen Sie aktuell mehr, weniger oder genauso viel wie vor <u>2 Jahren</u> ?
	ich rauche mehr als vor 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₁
	ich rauche weniger als vor 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₂
	ich rauche genauso viel wie vor 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₃

TA.14.	Haben Sie schon mal versucht, ganz mit dem Rauchen aufzuhören?
	Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, einmal <input type="checkbox"/> ₂
	Nein <input type="checkbox"/> ₃

TA.15.	Beabsichtigen Sie in den kommenden <u>12 Monaten</u> mit dem Rauchen anzuhören?
	Ja, sicher <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, voraussichtlich <input type="checkbox"/> ₂
	Nein, auf keinen Fall <input type="checkbox"/> ₃
	Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> ₄



Gelegenheitsraucher → Gehen Sie weiter zu Seite 16

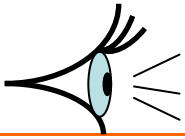
	<h2 style="margin: 0;">Ehemaliger Raucher</h2>
---	--

Diese Fragen richten sich an Personen, die früher geraucht haben, aktuell aber nicht mehr rauchen

TA.16.	Wann haben Sie aufgehört, zu rauchen?
	Vor weniger als 1 Monat <input type="checkbox"/> ₁
	Vor 1 Monat oder mehr, aber vor weniger als 6 Monaten <input type="checkbox"/> ₂
	Vor 6 Monaten oder mehr, aber vor weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₃
	Vor 1 Jahr oder mehr, aber vor weniger als 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₄
	Vor 2 Jahren oder mehr, aber vor weniger als 10 Jahren <input type="checkbox"/> ₅
	Vor 10 Jahren oder mehr <input type="checkbox"/> ₆

TA.17.	Aus welchem Grund haben Sie aufgehört zu rauchen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Wegen einer Krankheit, die Sie hatten <input type="checkbox"/> ₁
02	Um Ihre körperliche / sportliche Leistungsfähigkeit zu verbessern <input type="checkbox"/> ₁
03	Wegen einer Schwangerschaft / Geburt eines Kindes <input type="checkbox"/> ₁
04	Aus Angst vor den Auswirkungen des Tabaks auf die Gesundheit <input type="checkbox"/> ₁
05	Unter dem Einfluss Ihrer Umgebung <input type="checkbox"/> ₁
06	Aus finanziellen Gründen (Tabakpreis) <input type="checkbox"/> ₁
07	Weil Rauchen immer weniger gesellschaftsfähig ist <input type="checkbox"/> ₁
08	Unter dem Einfluss der Anti-Tabak-Kampagnen <input type="checkbox"/> ₁
09	Andere Gründe <input type="checkbox"/> ₁
	Präzisieren Sie:

TA.18.	Mit welcher Methode haben Sie es geschafft aufzuhören? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Keine besondere Methode <input type="checkbox"/> ₁
02	Telefonhilfe "Tabakstop" <input type="checkbox"/> ₁
03	Individuelle Hilfe oder in einer Gruppe unter Anleitung eines anerkannten Tabakologen. <input type="checkbox"/> ₁
04	Sprechstunde bei einem Mitarbeiter aus dem Gesundheitsbereich <input type="checkbox"/> ₁ Beschreiben Sie bitte:
05	Verordnete Medikamente: Zyban® <input type="checkbox"/> ₁
06	Champix® <input type="checkbox"/> ₁
07	Andere Medikamente <input type="checkbox"/> ₁
08	Elektronische Zigarette: <u>mit</u> Nikotin <input type="checkbox"/> ₁
09	<u>ohne</u> Nikotin <input type="checkbox"/> ₁
10	Nikotinersatz (Nikotinpflaster, Kaugummi, Spray, Lutschpastillen,...) <input type="checkbox"/> ₁
11	Selbsthilfe: via Internet, Broschüren, Bücher, ... <input type="checkbox"/> ₁
12	Andere Methode <input type="checkbox"/> ₁ bitte beschreiben:



Fragen für alle: Passivrauchen

TA.19.	Wie häufig sind Sie dem Rauch von Tabak in geschlossenen Räumen ausgesetzt? <i>Befrager: "Geschlossene Räume" beziehen sich auf den Innenraum der Wohnung des Befragten, seinen Arbeitsplatz, an öffentlichen Orten (Cafés, Restaurants, ...)</i>
	Nie oder fast nie <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Gehen Sie über zu ID.01
	Weniger als 1 Stunde am Tag <input type="checkbox"/> ₂
	1 - 5 Stunden am Tag <input type="checkbox"/> ₃
	Mehr als 5 Stunden am Tag <input type="checkbox"/> ₄

TA.20.	Wo sind Sie grundsätzlich dem Rauch des Tabaks in einem Raum ausgesetzt? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Zuhause <input type="checkbox"/> ₁
02	An Ihrem Arbeitsplatz <input type="checkbox"/> ₁
03	An einem öffentlichen Ort (Café, Restaurants,...) <input type="checkbox"/> ₁
04	Andere <input type="checkbox"/> ₁ Bitte beschreiben:

Konsum von anderen Produkten

ID.01.	Haben Sie jemals Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu ID.06

ID.02.	Mit welchem Alter haben Sie zum <u>ersten Mal</u> Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert?
	Alter: Jahre

ID.03.	Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu ID.06

ID.04.	Haben Sie <u>in den letzten 30 Tagen</u> Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu ID.06

ID.05.	An wievielen Tagen haben Sie während <u>der letzten 30 Tage</u> Cannabis (Haschisch oder Marihuana) konsumiert?
	20 Tagen oder mehr <input type="checkbox"/> ₁
	10 - 19 Tagen <input type="checkbox"/> ₂
	4 - 9 Tagen <input type="checkbox"/> ₃
	1 - 3 Tagen <input type="checkbox"/> ₄

ID.06.	Haben Sie jemals Kokain, Amphetamine, Ecstasy oder ähnliche Substanzen konsumiert?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

ID.07.	Welche Produkte haben Sie <u>in letzten 12 Monaten</u> konsumiert? (mehrere Antworten möglich)
01	Keines <input type="checkbox"/> ₁
02	Kokain <input type="checkbox"/> ₁
03	Amphetamin, Speed <input type="checkbox"/> ₁
04	Ecstasy (XTC, MDMA) <input type="checkbox"/> ₁
05	“Legal highs“ (neue psychoaktive Substanzen wie synthetische Cannabinoide, Spice, Mephedron, Kräutermischungen, . . .) <input type="checkbox"/> ₁
06	LSD, Säuren <input type="checkbox"/> ₁
07	Heroin: <input type="checkbox"/> ₁
08	Methadon <input type="checkbox"/> ₁
09	Buprenorphin (SUBUTEX ®) <input type="checkbox"/> ₁
10	Andere <input type="checkbox"/> ₁ Präzisieren Sie:

Alkoholkonsum

AL.01.	Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten alkoholische Getränke aller Art (Bier, Wein, Spirituosen, Cocktails, Mixgetränke, Alkopops, Liköre, hausgemachten oder selbstgebrannten Alkohol...) zu sich genommen?	
	Jeden Tag oder fast jeden Tag <input type="checkbox"/> ₁	} ➔ Gehen Sie über zu AL.02
	5 - 6 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₂	
	3 - 4 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₃	
	1 - 2 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₄	
	2 - 3 Tage im Monat <input type="checkbox"/> ₅	} ➔ Gehen Sie über zu AL.06
	1 Tag im Monat <input type="checkbox"/> ₆	
	Seltener als 1 Tag im Monat <input type="checkbox"/> ₇	
	Ich habe früher Alkohol getrunken, aber nicht in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> ₈	➔ Gehen Sie über zu AL.08
	Noch nie oder höchstens ein paar Schluck <input type="checkbox"/> ₉	➔ Gehen Sie weiter zu Seite 22

AL.02.	Denken Sie <u>an Montag bis Donnerstag</u>, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise alkoholische Getränke?	
	An allen 4 Tagen <input type="checkbox"/> ₁	
	An 3 Tagen <input type="checkbox"/> ₂	
	An 2 Tagen <input type="checkbox"/> ₃	
	An 1 Tag <input type="checkbox"/> ₄	
	An keinem dieser 4 Tage <input type="checkbox"/> ₅	➔ Gehen Sie über zu AL.04

AL.03.	Wenn Sie an den Tagen <u>von Montag bis Donnerstag</u> Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie durchschnittlich pro Tag?	
	16 Gläser oder mehr pro Tag <input type="checkbox"/> ₁	
	10 - 15 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₂	
	6 - 9 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₃	
	4 - 5 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₄	
	3 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₅	
	2 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₆	
	1 Glas pro Tag <input type="checkbox"/> ₇	
	0 Glas pro Tag <input type="checkbox"/> ₈	

AL.04.	Denken Sie <u>an Freitag bis Sonntag</u>, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?
	An allen 3 Tagen <input type="checkbox"/> ₁
	An 2 Tagen <input type="checkbox"/> ₂
	An 1 Tag <input type="checkbox"/> ₃
	An keinem dieser 3 Tage <input type="checkbox"/> ₄ ➔ Gehen Sie über zu AL.06

AL.05.	Wenn Sie an den Tagen <u>von Freitag bis Sonntag</u> Alkohol trinken, wie viele Gläser trinken Sie durchschnittlich pro Tag?
	16 Gläser oder mehr pro Tag <input type="checkbox"/> ₁
	10 - 15 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₂
	6 - 9 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₃
	4 - 5 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₄
	3 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₅
	2 Gläser pro Tag <input type="checkbox"/> ₆
	1 Glas pro Tag <input type="checkbox"/> ₇
	0 Glas pro Tag <input type="checkbox"/> ₈

AL.06.	Wie oft haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken? <i>Zum Beispiel während einer Feier, bei einem Essen, abends mit Freunden oder alleine zu Hause,</i>
	Jeden Tag oder fast jeden Tag <input type="checkbox"/> ₁
	5 - 6 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₂
	3 - 4 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₃
	1 - 2 Tage die Woche <input type="checkbox"/> ₄
	2 - 3 Tage im Monat <input type="checkbox"/> ₅
	1 Tag im Monat <input type="checkbox"/> ₆
	Seltener als 1 Tag im Monat <input type="checkbox"/> ₇
	Gar nicht in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> ₈ ➔ Gehen Sie über zu AL.08
	Noch nie in meinem ganzen Leben <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu AL.08

AL.07.	In welcher Zeitspanne (Stunden) trinken Sie üblicherweise <u>6 Gläser</u> Alkohol, wenn es sich ergibt, dass Alkohol getrunken wird?
	In weniger als einer Stunde <input type="checkbox"/> ₁
	1 - 2 Stunden <input type="checkbox"/> ₂
	3 - 4 Stunden <input type="checkbox"/> ₃
	5 - 6 Stunden <input type="checkbox"/> ₄
	7 - 8 Stunden <input type="checkbox"/> ₅
	9 Stunden oder mehr <input type="checkbox"/> ₆

AL.08.	In welchem Alter haben Sie angefangen, Alkohol zu trinken? Ohne die kleinen "Probierschlucke" zu berücksichtigen.
	Alter: .....Jahre

AL.09.	Haben Sie schon mal das Bedürfnis verspürt, Ihren Konsum an alkoholischen Getränken einzuschränken?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

AL.10.	Haben Sie sich schon mal über Kritik an Ihrem Alkoholkonsum geärgert?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

AL.11.	Haben Sie sich in Bezug auf Ihren Alkoholkonsum schon mal schuldig gefühlt?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

AL.12.	Haben Sie schon einmal morgens Alkohol gebraucht, um richtig wach zu werden (oder um "in Schwung" zu kommen)?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

Essverhalten

EB.01.	Haben Sie kürzlich mehr als 6 Kilo innerhalb von <u>3 Monaten</u> abgenommen?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

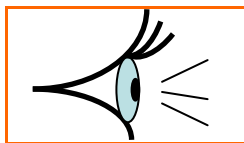
EB.02.	Befürchten Sie, dass Sie die Kontrolle über die Menge, die Sie essen verloren haben?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

EB.03.	Kommt es vor, dass Sie bei sich absichtlich Brechreiz hervorrufen, weil Sie ein Völlegefühl verspüren?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

EB.04.	Empfinden Sie sich als zu dick, obwohl andere Sie als zu schlank empfinden?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

EB.05.	Würden Sie sagen, dass das Essen Ihr Leben bestimmt?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

Körperliche Aktivität



Denken Sie an die körperliche Betätigung im Rahmen Ihrer Arbeit, aber auch Zuhause und im Garten, an die körperlichen Aktivitäten im Rahmen Ihres Alltags, in der Freizeit, zur Entspannung, Gymnastik oder Sport.

Intensive körperliche Aktivität

Intensive körperliche Aktivitäten sind solche, die eine große körperliche Anstrengung verlangen und Sie viel schneller und tiefer atmen lassen als gewöhnlich.

PA.01.	An wie vielen Tagen haben Sie sich <u>innerhalb der letzten 7 Tage intensiv körperlich betätigt</u> , wie z.B. schwere Gegenstände heben, Garten umgraben, Aerobic, Jogging, Fußball spielen...?
..... Tag(e) pro Woche	Wenn Ihre Antwort «0 Tage» lautet, gehen Sie über zu Frage PA.03

PA.02.	Wie lange haben Sie an so einem Tag eine solche <u>intensive</u> körperliche Aktivität durchgeführt?
..... Stunden pro Tag Minuten pro Tag	
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉₉

Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten

Mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten sind solche, die eine mäßige körperliche Anstrengung verlangen und Sie etwas schneller atmen lassen als gewöhnlich.

PA.03.	An wie vielen Tagen haben Sie <u>innerhalb der letzten 7 Tage mittelmäßig anstrengende körperliche Aktivitäten</u> durchgeführt, wie z.B. leichtere Gegenstände heben, mäßig schnell Fahrrad fahren, Tennisspiel im Doppel, Schwimmen...? Spazieren und Gehen zählen wir nicht zu diesen Aktivitäten
..... Tag(e) pro Woche	Wenn Ihre Antwort «0 Tage» lautet, gehen Sie über zu Frage PA.05

PA.04.	Wie lange haben Sie an so einem Tag eine solche <u>mittelmäßig anstrengende</u> körperliche Betätigung durchgeführt?
..... Stunden pro Tag Minuten pro Tag	
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉₉

Spaziergänge/Wandern

Denken Sie nun an die Zeit, die Sie zu Fuß gehen / Wandern, sei es am Arbeitsplatz oder zu Hause, auf dem Weg irgendwohin oder für jeden anderen Fußweg, den Sie gemacht haben, zur Entspannung, als Sport, als Gymnastik oder in der Freizeit.

PA.05.	An wie vielen Tagen <u>innerhalb der letzten 7 Tage</u> sind Sie mindestens 10 Minuten am Stück zu Fuß gegangen?	
	..... Tag(e) pro Woche	Wenn Ihre Antwort «0 Tage» lautet, gehen Sie über zu Frage PA.08

PA.06.	Wie lange sind Sie insgesamt an so einem Tag <u>zu Fuß gegangen</u>?	
	..... Stunden pro Tag	..... Minuten pro Tag
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉₉	

PA.07.	In welchem Tempo waren Sie normalerweise <u>zu Fuß unterwegs</u>?	
	In einem schnellen Tempo, das Sie viel schneller atmen ließ als normalerweise	<input type="checkbox"/> ₁
	In einem mäßigen Tempo, dass Sie etwas schneller atmen ließ als normalerweise	<input type="checkbox"/> ₂
	In einem langsamen Tempo, dass Ihre Atmung nicht beeinflusste	<input type="checkbox"/> ₃
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉	

Körperliche Aktivität in der Freizeit

Folgende Frage betrifft die körperlichen Aktivitäten während Ihrer Freizeit.

PA.08.	Welche Aussage beschreibt am besten Ihre Aktivität in der Freizeit <u>im vergangenen Jahr</u>? (nur eine Antwort ist möglich!)	
	Intensives Training und Leistungssport mehr als einmal pro Woche	<input type="checkbox"/> ₁
	Jogging, anderer Entspannungssport oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> ₂
	Jogging, anderer Entspannungssport oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> ₃
	Spaziergang, Wandern, Fahrrad fahren oder andere leichte Aktivität, mindestens 4 Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> ₄
	Spaziergang, Wandern, Fahrrad fahren oder andere leichte Aktivität, weniger als 4 Stunden pro Woche	<input type="checkbox"/> ₅
	Lesen, Fernsehen oder andere sitzende Tätigkeit	<input type="checkbox"/> ₆
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉	

Liste der Symptome

SL.01. Es handelt sich dabei immer um Ihren Zustand während der vergangenen Woche, den heutigen Tag einbegriffen.						
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	sehr	extrem
<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>						
01	Dinge machen mir Sorgen oder beunruhigen mich zu sehr	1	2	3	4	5
02	Ich habe Interesse an nichts	1	2	3	4	5
03	Ich empfinde Angst	1	2	3	4	5
04	Ich habe das Gefühl, dass mein Herz sehr stark oder sehr schnell schlägt	1	2	3	4	5
05	Ich schlafe schlecht ein	1	2	3	4	5
06	Ich bin nervös oder habe eine starke innere Unruhe	1	2	3	4	5
07	Ich habe unangenehme Gedanken, Worte oder Ideen, die mir nicht aus dem Kopf gehen	1	2	3	4	5
08	Ich habe jedes Vergnügen oder Interesse an meinem Sexualleben verloren	1	2	3	4	5
09	Ich fühle mich kraftlos oder langsam	1	2	3	4	5
10	Ich denke daran, meinem Leben ein Ende zu setzen	1	2	3	4	5
11	Ich zittere	1	2	3	4	5
12	Ich habe keinen Appetit	1	2	3	4	5
13	Ich weine schnell	1	2	3	4	5
14	Ich fühle mich in die Enge getrieben oder in die Falle gelockt	1	2	3	4	5
15	Ich erschrecke schnell ohne Grund	1	2	3	4	5
16	Ich mache mir Vorwürfe	1	2	3	4	5
17	Ich fühle mich einsam	1	2	3	4	5
18	Ich bin niedergeschlagen	1	2	3	4	5
19	Ich habe das Gefühl, mein Kopf ist leer	1	2	3	4	5
20	Ich habe keine Hoffnung für die Zukunft	1	2	3	4	5
21	Ich bin angespannt	1	2	3	4	5
22	Ich denke oft an den Tod oder ans Sterben	1	2	3	4	5
23	Ich wache morgens zu früh auf	1	2	3	4	5
24	Ich schlafe unruhig	1	2	3	4	5

Liste der Symptome (Fortsetzung)

SL.01.	Es handelt sich dabei immer um Ihren Zustand während der vergangenen Woche, den heutigen Tag einbegriffen.					
		Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	sehr	extrem
<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>						
25	Alles fällt mir schwer	1	2	3	4	5
26	Ich habe Angst- oder Panikzustände	1	2	3	4	5
27	Ich bin so unruhig, dass ich nicht sitzen bleiben kann	1	2	3	4	5
28	Ich fühle mich wertlos	1	2	3	4	5
29	Ich habe das Gefühl, dass mir Unheil zustoßen wird	1	2	3	4	5
30	Mich plagen erschreckende Gedanken oder Bilder	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen sind heikel, da sie das Thema Selbstmord und Selbstmordgedanken betreffen.

SL.02.	Haben Sie schon ernsthaft daran gedacht, Ihrem Leben ein Ende zu setzen?
	Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, einmal <input type="checkbox"/> ₂
	Nein, nie <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Gehen Sie über zu SL.04

SL.03.	Hatten Sie innerhalb <u>der letzten 12 Monate</u> solche Gedanken?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

SL.04.	Haben Sie schon einen Selbstmordversuch unternommen?
	Ja, mehrmals <input type="checkbox"/> ₁
	Ja, einmal <input type="checkbox"/> ₂
	Nein, nie <input type="checkbox"/> ₃ ➔ Gehen Sie über zu TR.01

SL.05.	Haben Sie innerhalb <u>der letzten 12 Monate</u> einen Selbstmordversuch unternommen?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

Gewalt

TR.01.	Waren Sie im Laufe der letzten 12 Monate Opfer eines Diebstahls, eines Einbruchs, eines bewaffneten Überfalls, verbaler / psychischer Gewalt (Beschimpfungen, Drohungen, Belästigungen), körperlicher Gewalt (Rängeleien, Schläge) oder sexueller Gewalt (bspw. Exhibitionismus, Vergewaltigung)?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ → Gehen Sie weiter zu Seite 30

TR.02.	Von welcher Art Gewalt sind Sie persönlich Opfer geworden innerhalb der letzten 12 Monate, und wo ist dies geschehen?										
	<i>(mehrere Antworten möglich)</i>										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 15%;">Zuhause</th> <th style="width: 15%;">Am Arbeitsplatz/ in der Schule</th> <th style="width: 15%;">An einem öffentlichen Ort / auf öffentlicher Straße</th> <th style="width: 15%;">Anderswo</th> </tr> <tr style="background-color: #f0f0e0;"> <td colspan="5" style="text-align: center;"><i>Umkreisen Sie die Antworten, die der Art der erlittenen Gewalt und dem Ort, wo dies geschah, entsprechen</i></td> </tr> </table>		Zuhause	Am Arbeitsplatz/ in der Schule	An einem öffentlichen Ort / auf öffentlicher Straße	Anderswo	<i>Umkreisen Sie die Antworten, die der Art der erlittenen Gewalt und dem Ort, wo dies geschah, entsprechen</i>				
	Zuhause	Am Arbeitsplatz/ in der Schule	An einem öffentlichen Ort / auf öffentlicher Straße	Anderswo							
<i>Umkreisen Sie die Antworten, die der Art der erlittenen Gewalt und dem Ort, wo dies geschah, entsprechen</i>											
01	Diebstahl, Überfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
Verbale oder psychische Gewalt											
02	Beleidigung, Spott, Erniedrigung, Sarkasmus, ständige Kritik	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
03	Drohung, Einschüchterung, Erpressung, Belästigung, Heruntermachen, sexuelle oder rassistische Kommentare oder Belästigungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
04	Isolierung, Freiheitsberaubung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
Körperliche Gewalt											
05	Zu Boden gebracht worden, gestoßen, geschüttelt,...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
06	Geschlagen worden sein, verwundet durch eine Waffe, gewürgt,...	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
Sexuelle Gewalt											
07	Exhibitionismus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
08	Sexuelle Übergriffe, gewaltsamer Geschlechtsverkehr, Vergewaltigung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						
Andere											
09	Bitte Beschreiben:	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄						

Wenn Sie in den letzten 12 Monaten mehrfach Opfer solcher Übergriffe wurden, beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen bitte auf den ernsthaftesten.

TR.03.	Der Täter war:
	Ein Mann <input type="checkbox"/> ₁
	Eine Frau <input type="checkbox"/> ₂
	Eine Gruppe von Männern <input type="checkbox"/> ₃
	Eine Gruppe von Frauen <input type="checkbox"/> ₄
	Andere <input type="checkbox"/> ₅
	Beschreiben Sie bitte:
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉
	Ich möchte diese Frage lieber nicht beantworten <input type="checkbox"/> ₀

TR.04.	Kennen Sie den oder die Täter persönlich?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu TR.06
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu TR.06
	Ich möchte diese Frage lieber nicht beantworten <input type="checkbox"/> ₀ ➔ Gehen Sie über zu TR.06

TR.05.	Gehört(en) der / die Täter zu Ihrem Haushalt?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉
	Ich möchte diese Frage lieber nicht beantworten <input type="checkbox"/> ₀

TR.06.	Hat dieser Akt der Gewalt Sie dazu geführt, eine (oder mehrere) der folgenden Instanzen oder Dienste zu kontaktieren/aufzusuchen? <i>(Mehrere Antworten sind möglich)</i>
01	Familie (Vater, Mutter, Bruder, Schwester, ...) <input type="checkbox"/> ₁
02	Freunde <input type="checkbox"/> ₁
03	Vertrauensperson an der Arbeit oder in der Schule, Vertrauensarzt <input type="checkbox"/> ₁
04	Polizei <input type="checkbox"/> ₁
05	Medizinischer Dienst (Arzt, Krankenhaus...) <input type="checkbox"/> ₁
06	Psychologe <input type="checkbox"/> ₁
07	Juristischer Dienst, Anwalt, Justizhaus <input type="checkbox"/> ₁
08	Dienst für Opferbetreuung, Jugendhilfedienst, Zufluchtsstätte (Frauenfluchthaus,...) <input type="checkbox"/> ₁
09	Telefonhilfe 108 <input type="checkbox"/> ₁
10	Andere <input type="checkbox"/> ₁ Präzisieren:
11	Ich habe niemanden konsultiert oder kontaktiert <input type="checkbox"/> ₁

Kenntnisstand und Einstellung zum Thema AIDS

HI.01.		Ist Ihrer Meinung nach AIDS übertragbar....			
		Ja	Nein	Man sagt nein, aber ich bin misstrauisch	Ich weiß es nicht
		<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>			
01	durch Küssen auf den Mund?	1	2	3	9
02	durch einen Mückenstich?	1	2	3	9
03	durch Trinken aus dem Glas eines anderen?	1	2	3	9
04	durch eine Blutspende (in Belgien, heutige Zeit)? Anders gesagt: kann der Spender infiziert werden, indem er Blut spendet?	1	2	3	9

HI.02.		Sind die folgenden Mittel wirksam, um sich vor AIDS zu schützen...				
		Ja	eher ja	eher nein	Gar nicht	Ich weiß nicht
		<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>				
01	Partner aussuchen, die anscheinend bei guter Gesundheit sind	1	2	3	4	9
02	Sich vor dem Samenerguss zurückziehen	1	2	3	4	9
03	Das Eindringen beim Geschlechtsverkehr vermeiden	1	2	3	4	9
04	Ein Präservativ / Kondom bei jedem Geschlechtsverkehr mit Eindringen verwenden	1	2	3	4	9
05	Nur einen Sexualpartner haben, der treu und nicht infiziert ist	1	2	3	4	9

HI.03.		Ist bei Ihnen schon einmal ein AIDS-Test gemacht worden?	
	Ja, vor weniger als 1 Woche	<input type="checkbox"/>	1
	Ja, vor mehr als 1 Woche, aber weniger als 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	2
	Ja, vor mehr als 3 Monaten, aber weniger als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	3
	Ja, vor mehr als 1 Jahr	<input type="checkbox"/>	4
	Nein, nie	<input type="checkbox"/>	5
	Ich weiß es nicht	<input type="checkbox"/>	9

➔ **Gehen Sie über zu HI.05**
➔ **Gehen Sie über zu HI.05**
➔ **Gehen Sie über zu HI.05**

HI.04.	Wir fragen Sie nicht nach dem Resultat des Tests, möchten aber wissen, ob <u>Sie</u> persönlich darüber informiert worden sind?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂

HI.05.		Sind Sie damit einverstanden...				
		Völlig einverstanden	Mehr oder weniger einverstanden	Eher nicht einverstanden	Absolut nicht einverstanden	Weiß nicht
		<i>Umkreisen Sie die Zahl, die Ihrer Antwort entspricht</i>				
01	dass HIV/AIDS keine schlimme Krankheit mehr ist	1	2	3	4	9
02	dass die neuen Behandlungen HIV/AIDS heilen können	1	2	3	4	9
03	dass es einen wirkungsvollen Impfstoff gegen HIV/AIDS gibt	1	2	3	4	9
04	dass HIV/AIDS in Belgien kein Problem mehr ist	1	2	3	4	9

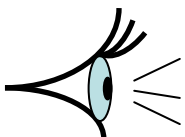
Krebsvorsorge

SC.01.	Es gibt eine Untersuchung zur Früherkennung von Darmkrebs (Dick- und Mastdarm), die das Vorhandensein von Blut im Stuhl aufspürt. Haben Sie schon eine solche Untersuchung gemacht?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu SC.03
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu SC.03

SC.02.	Wann wurde das <u>letzte Mal</u> eine Stuhluntersuchung zum Aufspüren von Blut vorgenommen?
	Vor weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₁
	Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₂
	Vor mehr als 2 Jahren, aber weniger als 3 Jahren <input type="checkbox"/> ₃
	Nicht in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> ₄
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉

SC.03.	Eine weiterentwickelte Untersuchungsmethode der Inneren Medizin besteht in der Darmspiegelung (Koloskopie). Wurde bei Ihnen bereits eine Darmspiegelung durchgeführt?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ } ➔ Frauen gehen Sie über zu SC.05, Seite 33
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ } ➔ Männer gehen Sie über zu RH.01, Seite 36

SC.04.	Wann wurde bei Ihnen <u>zuletzt</u> eine Darmspiegelung durchgeführt?
	Vor weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₁
	Vor mehr als einem Jahr, aber nicht länger als 5 Jahren <input type="checkbox"/> ₂
	Vor mehr als 5 Jahren, aber nicht länger als 10 Jahren <input type="checkbox"/> ₃
	Nicht in den vergangenen 10 Jahren <input type="checkbox"/> ₄
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉



Achtung !

**Die folgenden Fragen betreffen nur Frauen.
Männer können übergehen zu RH01, Seite 36.**

SC.05.	Haben Sie sich bereits einer Mammografie unterzogen (Röntgenaufnahme einer Brust oder beider Brüste)?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu SC.09
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu SC.09

SC.06.	Wann wurde bei Ihnen das <u>letzte Mal</u> eine Mammografie vorgenommen?
	Vor weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₁
	Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₂
	Vor mehr als 2 Jahr, aber weniger als 3 Jahren <input type="checkbox"/> ₃
	Nicht in den letzten 3 Jahren <input type="checkbox"/> ₄
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉

SC.07.	Wurde am Tag der Mammografie auch eine Ultraschalluntersuchung der Brust vorgenommen?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉

SC.08.	Warum haben Sie sich dieser <u>letzten</u> Mammografie unterzogen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Auf Anraten Ihres Hausarztes, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ₁
02	Auf Anraten Ihres Gynäkologen, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ₁
03	Brustkrebs in der Familie <input type="checkbox"/> ₁
04	Sie haben selbst schon eine Zyste, einen Tumor oder Brustkrebs gehabt oder sich einer Brustoperation unterziehen müssen <input type="checkbox"/> ₁
05	Als Folge einer früheren Untersuchung <input type="checkbox"/> ₁
06	Schmerzen in der Brust / in den Brüsten <input type="checkbox"/> ₁
07	Sie haben selbst eine Auffälligkeit in einer Ihrer Brüste festgestellt (z.B. einen Knoten) <input type="checkbox"/> ₁
08	Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Auffälligkeit in einer Ihrer Brüste festgestellt <input type="checkbox"/> ₁
09	Infolge eines Einladungsbriefs <input type="checkbox"/> ₁
10	Andere Gründe <input type="checkbox"/> ₁ Präzisieren Sie:

SC.09.	Haben Sie innerhalb der <u>letzten 2 Jahre</u> einen Einladungsbrief zu einer kostenlosen Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammotest) erhalten?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu SC.12
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu SC.12

SC.10.	Haben Sie nach Erhalt des Einladungsbriefs eine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammografie / Mammotest) vornehmen lassen?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁ ➔ Gehen Sie über zu SC.12
	Nein <input type="checkbox"/> ₂
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu SC.12

SC.11.	Warum haben Sie nach Erhalt des Einladungsbriefs keine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung (Mammografie / Mammotest) vornehmen lassen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Weil ich kurze Zeit vorher eine Mammografie zur Früherkennung habe vornehmen lassen <input type="checkbox"/> ₁
02	Weil ich keine Zeit hatte <input type="checkbox"/> ₁
03	Weil diese Untersuchung zu teuer ist <input type="checkbox"/> ₁
04	Weil ich denke, dass dies nicht notwendig ist <input type="checkbox"/> ₁
05	Weil ich diese Untersuchung unangenehm finde <input type="checkbox"/> ₁
06	Weil ich schon an einer Brust operiert wurde <input type="checkbox"/> ₁
07	Weil ein Arzt mir von einer Mammografie abgeraten hat <input type="checkbox"/> ₁
08	Andere Gründe <input type="checkbox"/> ₁ Präzisieren Sie:

SC.12.	Wurde bei Ihnen schon ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu RH.01
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu RH.01

SC.13.	Wann wurde das <u>letzte Mal</u> bei Ihnen ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?
	Vor weniger als 1 Jahr <input type="checkbox"/> ₁
	Vor mehr als 1 Jahr, aber weniger als 2 Jahren <input type="checkbox"/> ₂
	Vor mehr als 2 Jahr, aber weniger als 3 Jahren <input type="checkbox"/> ₃
	Vor mehr als 3 Jahr, aber weniger als 5 Jahren <input type="checkbox"/> ₄
	Nicht in den letzten 5 Jahren <input type="checkbox"/> ₅ ➔ Gehen Sie über zu RH.01
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉ ➔ Gehen Sie über zu RH.01

SC.14.	Aus welchem Grund wurde das <u>letzte Mal</u> bei Ihnen ein Gebärmutterhalsabstrich vorgenommen?
	<i>(mehrere Antworten möglich)</i>
01	Auf Anraten Ihres Hausarztes, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ₁
02	Auf Anraten Ihres Gynäkologen, ohne besondere Beschwerden oder Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> ₁
03	Als Folge einer früheren Untersuchung <input type="checkbox"/> ₁
04	Wegen einer anormalen Blutung <input type="checkbox"/> ₁
05	Sie haben selbst eine andere Anomalie festgestellt <input type="checkbox"/> ₁
06	Ihr Arzt hat bei einer Untersuchung eine Anomalie festgestellt <input type="checkbox"/> ₁
07	Sie haben schon Gebärmutterhalskrebs gehabt <input type="checkbox"/> ₁
08	Infolge eines Einladungsbriefs <input type="checkbox"/> ₁
09	Andere Gründe <input type="checkbox"/> ₁
	Präzisieren Sie:

Gesundheit und Sexualität

Folgende Fragen werden Ihnen vermutlich sehr persönlich erscheinen. Sie beziehen sich auf das Sexualverhalten, welches ebenfalls maßgebend für die Gesundheit ist.

Ich versichere Ihnen, dass alle Ihre Angaben anonym und streng vertraulich behandelt werden.

RH.01.	Hatten Sie bereits Geschlechtsverkehr?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu QL.01

RH.02.	Wie alt waren Sie als Sie zum <u>ersten Mal</u> Geschlechtsverkehr hatten?
	Alter: Jahre

RH.03.	Hatten Sie während der <u>letzten 12 Monate</u> Geschlechtsverkehr?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu QL.01

RH.04.	Mit wie vielen verschiedenen Partnern hatten Sie im Laufe der <u>letzten 12 Monate</u> Geschlechtsverkehr?
	1 Partner <input type="checkbox"/> ₁
	2 Partnern <input type="checkbox"/> ₂
	3 Partnern <input type="checkbox"/> ₃
	4 Partnern oder mehr <input type="checkbox"/> ₄
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉

RH.05.	Benutzten Sie beim <u>letzten</u> Geschlechtsverkehr ein Kondom?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂
	Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> ₉

RH.06.	Haben Sie oder Ihr(e) Partner während der <u>letzten 12 Monate</u> ein Verhütungsmittel verwendet (um eine Schwangerschaft zu vermeiden)?
	Ja <input type="checkbox"/> ₁
	Nein <input type="checkbox"/> ₂ ➔ Gehen Sie über zu QL.01

RH.07.	Für welche Verhütungsmethode(n) haben Sie oder Ihr(e) Partner sich in den <u>letzten 12 Monaten</u> entschieden?
	<i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
01	Pille <input type="checkbox"/> ₁
02	Hormonpflaster zur Verhütung <input type="checkbox"/> ₁
03	Implantat <input type="checkbox"/> ₁
04	Injizierbare Verhütungsmittel (wie Depo-Provera) <input type="checkbox"/> ₁
05	Vaginaler Verhütungsring (wie NuvaRing) <input type="checkbox"/> ₁
06	Spirale <input type="checkbox"/> ₁
07	Pille danach <input type="checkbox"/> ₁
08	Diaphragma <input type="checkbox"/> ₁
09	Spermizid, Verhütungsschwamm <input type="checkbox"/> ₁
10	Kondom für Männer <input type="checkbox"/> ₁
11	Kondom für Frauen <input type="checkbox"/> ₁
12	Periodische Abstinenz <input type="checkbox"/> ₁
13	Unterbrochener Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> ₁
14	Die Sterilisation der Frau <input type="checkbox"/> ₁
15	Die Sterilisation des Mannes <input type="checkbox"/> ₁
16	Andere <input type="checkbox"/> ₁
	Präzisieren Sie:

Lebensqualität

Bitte kreuzen Sie für jede Rubrik EIN Kästchen an und zwar das, welches Ihren HEUTIGEN Gesundheitszustand am besten beschreibt

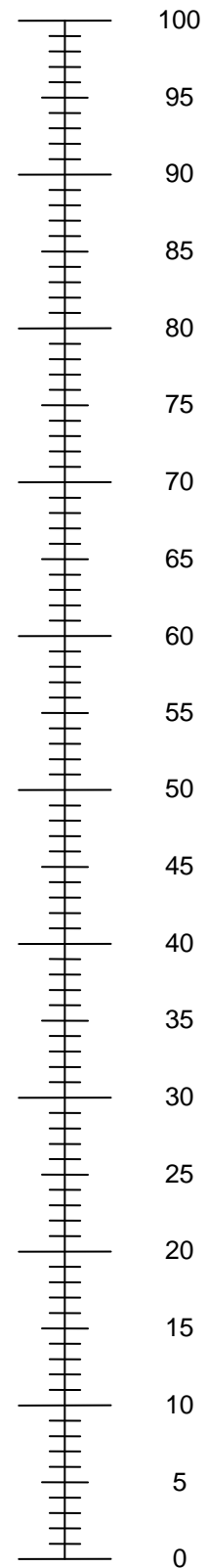
QL.01.	Mobilität
	Ich habe keine Probleme zu gehen <input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe leichte Probleme zu gehen <input type="checkbox"/> ₂
	Ich habe mäßige Probleme zu gehen <input type="checkbox"/> ₃
	Ich habe große Probleme zu gehen <input type="checkbox"/> ₄
	Ich bin nicht in der Lage zu gehen <input type="checkbox"/> ₅
QL.02.	Autonomie
	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen <input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen <input type="checkbox"/> ₂
	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen <input type="checkbox"/> ₃
	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen <input type="checkbox"/> ₄
	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen <input type="checkbox"/> ₅
QL.03.	Alltägliche Tätigkeiten (z. B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> ₂
	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> ₃
	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> ₄
	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen <input type="checkbox"/> ₅
QL.04.	Schmerzen körperliche Beschwerden
	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/> ₁
	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/> ₂
	Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/> ₃
	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/> ₄
	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden <input type="checkbox"/> ₅
QL.05.	Angst/deprimiert
	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> ₁
	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> ₂
	Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> ₃
	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> ₄
	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert <input type="checkbox"/> ₅

QL.06.

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihren HEUTIGEN Gesundheitszustand am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.

IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

**Beste Gesundheit,
die Sie sich
vorstellen können**



**Schlechteste
Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können**

Nützliche Informationen:

Die Telefonhilfe bietet Menschen, die eine Krisensituation durchleben, niedergeschlagen sind oder unter sozialen bzw. psychologischen Problemen leiden, die Möglichkeit zu reden und angehört zu werden.

Telefonhilfe

Den Telefonnotruf unter der nationalen **Nummer 108** gibt es in der Deutschsprachigen Gemeinschaft in dieser Form seit 1994. In Flandern gibt es Tele-Onthaal unter der Rufnummer 106, in der Wallonie Télé-Accueil unter der Rufnummer 107

Tel.: **108**

Die Nummer ist während des ganzen Jahres rund um die Uhr erreichbar

Web: www.tele-accueil.be

Vertraulichkeit und Anonymität sind garantiert.

***RECHT HERZLICHEN DANK
FÜR IHRE MITARBEIT!***

Denken Sie bitte daran, den kompletten Fragebogen in den Umschlag zu legen!

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN SIND ERHÄLTlich BEI:

Wissenschaftliches Institut für Volksgesundheit
Epidemiologischer Dienst
Rue Juliette Wytsman, 14
B - 1050 Brüssel

Lydia Gisle	02/642.57.53
Rana Charafeddine	02/642.57.39
Jean Tafforeau	02/642.57.71

E-Mail: his@wiv-isp.be

Web: www.enquetesante.be

Dezember 2012