



Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2001

Persönliche Befragung

BEFRAGTE PERSON

N° der Person:

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

Vorname: _____

FRAGESTELLER

Name des Fragestellers: _____

Kodenummer des Fragestellers:

--	--	--

Antwortende Person (Drittperson)

Vorname: _____

--	--

Rangnummer der Person im Haushalt, die auf die Fragen antwortet

Geschlecht: männlich (1)

weiblich (2)

Geburtsdatum: ____ / ____ / 19 ____

Beginn: Stunden Minuten

Datum der Befragung

Ende: Stunden Minuten

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

Information über die ausgewählte Person und den Antwortgeber

NR.01. Wer hat die Fragen beantwortet?

- Die ausgewählte Person..... 1 Gehen Sie über zu MB.01.
- Ein anderes Familienmitglied..... 2
- Identifikationsnummer auf dem Familienblatt
- Eine nicht zum Haushalt gehörende Person..... 3
- Wer?: _____

NR.02. Wenn die ausgewählte Person nicht geantwortet hat, warum hat man auf einen Drittperson zurückgegriffen?

- Die Person hatte nicht das erforderliche Alter (jünger als 15 Jahre)..... 1 Gehen Sie über zu MB.01.
- Die ausgewählte Person konnte trotz _____ Versuche nicht erreicht werden..... 2 Gehen Sie über zu NR.03.
- Die ausgewählte Person war nicht im Stande persönlich zu antworten 3 Gehen Sie über zu NR.04.
- Die ausgewählte Person hat die Antworten verweigert 4 Gehen Sie über zu NR.05.

NR.03. Warum konnte die ausgewählte Person nicht kontaktiert werden?

- Die Person war abwesend, bei der Arbeit, in der Schule, an der Uni, in Urlaub..... 1
- Die Person war im Krankenhaus..... 2
- Die Person war in einer Einrichtung (**kein Alten- oder Pflegeheim!**)..... 3
- Die Person war in einem Alten- und Pflegeheim:..... 4

Notieren Sie hier die Angaben zu der Einrichtung, in der die Person untergebracht wurde:

Name der Einrichtung:.....

Straße/N°

Postleitzahl/Gemeinde:

Telefonnummer.....

Fragesteller: Gehen Sie nach dieser Frage (NR.03) zu MB.01 über.

NR.04. Warum war die ausgewählte Person nicht fähig, persönlich zu antworten?

- Die Person war krank (bettlägerig)..... 1
- Gedächtnisproblem (Amnesie, Demenz)..... 2
- Sprachproblem (spricht kein Deutsch, stumm, Aphasie)..... 3
- Hörproblem (taub)..... 4
- Schwere geistige Behinderung..... 5

Fragesteller: Gehen Sie nach dieser Frage (NR.04) zu MB.01 über.

NR.05. Warum hat die ausgewählte Person es verweigert, persönlich zu antworten?

- Wegen der Länge des Fragebogens (keine Zeit)..... 1
- Weil dies der Fall ist für alle Umfragen..... 2
- Wegen der Art der Umfrage (mündliche Fragestellung)..... 3
- Wegen des in der Umfrage behandelten Themas (zu persönlich, kein Interesse) 4
- Andere Gründe, geben Sie nähere Erklärungen: _____ 5

Chronische Krankheiten und Leiden

Folgende Fragen beziehen sich auf langwierige Krankheiten, langwierige Leiden oder Behinderungen.

MB.01. Leiden Sie unter einer oder mehreren langwierigen Krankheiten, einem langwierigen Leiden oder einer Behinderung?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu MB.05.
- Weiß nicht..... 9 Gehen Sie über zu MB.05.
- Keine Antwort..... -1 Gehen Sie über zu MB.05.

MB.02. An welchen langwierigen Krankheiten, Leiden oder Behinderungen leiden Sie?

.....
.....

MB.03. Beeinträchtigen diese Krankheiten, Leiden oder Behinderungen Sie in Ihren täglichen Beschäftigungen?

- Ständig..... 1
- Ab und zu..... 2
- Nicht oder nur selten..... 3
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

MB.04. Sind Sie als Folge dieser Krankheiten, Leiden oder Behinderungen ans Bett gefesselt?

- Ständig..... 1
- Ab und zu..... 2
- Nicht oder nur selten..... 3
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

MB.05. Haben Sie eine Invalidität oder Behinderung, die offiziell anerkannt ist oder augenblicklich Gegenstand eines Antrags auf offizielle Anerkennung ist?

- Ja, die Behinderung ist anerkannt..... 1
- Ja, der Antrag ist in Bearbeitung..... 2 Gehen Sie über zu MB.07.
- Ja, ich habe eine Behinderung, aber ich habe keinen Antrag eingereicht..... 3 Gehen Sie über zu MB.07.
- Nein, ich habe keine Behinderung..... 4 Gehen Sie über zu MA.01.
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

MB.06. Welches ist der augenblickliche Prozentsatz der Invalidität oder Behinderung?

%

- Weiß nicht..... 999
- Keine Antwort..... -1

MB.07. Welches ist die Ursache dieser Invalidität oder Behinderung?

- Arbeitsunfall 1
- Berufskrankheit 2
- Unfall zu Hause 3
- Verkehrsunfall 4
- Sportunfall 5
- Krankheit 6
- Angeborenes Leiden 7
- Andere; erklären Sie näher _____ 8
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragest.: Wird Frage MA01 bejaht, stellen Sie dann auch die Fragen MA02, MA03 und MA04!

MA.01. Es folgt eine Liste von Krankheiten oder Leiden. Teilen Sie mit, ob Sie an einer dieser Krankheiten leiden oder während der letzten 12 Monate gelitten haben.

MA.01. Krankheit oder Beschwerden	MA.02. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei Ihrem Hausarzt?		MA.03. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei einem Facharzt?		MA.04. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Medikamente eingenommen?			
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja		
01. Asthma	2	1	2	1	2	1	2	1
02. Chronische Bronchitis, chronische, nicht spezifische Lungenprobleme	2	1	2	1	2	1	2	1
03. Allergie	2	1	2	1	2	1	2	1
04. Stirnhöhlenvereiterung	2	1	2	1	2	1	2	1
05. Schweres Herzleiden oder Infarkt	2	1	2	1	2	1	2	1
06. Hoher Blutdruck	2	1	2	1	2	1		
Bei Bluthochdruck: ersetzen Sie MA.04 durch:								
MA.05. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> eine Diät eingehalten?							2	1
MA.06. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Medikamente eingenommen?							2	1
07. Schwere Darmbeschwerden, länger als 3 Monate	2	1	2	1	2	1	2	1
08. Hepatitis, Zirrhose oder andere Leberkrankheit	2	1	2	1	2	1	2	1
09. Nierensteine	2	1	2	1	2	1	2	1
10. Schwere Nierenkrankheit (außer Nierensteine)	2	1	2	1	2	1	2	1
11. Chronische Harnblasenentzündung (chronische Zystitis)	2	1	2	1	2	1	2	1

MA.01. Krankheit oder Beschwerden		MA.02. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei Ihrem Hausarzt?		MA.03. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei einem Facharzt?		MA.04. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Medikamente eingenommen?			
		Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
12.	Diabetes (Zuckerkrankheit)	2	1	2	1	2	1		
Bei Diabetes : ersetzen Sie MA.04 durch									
MA.07. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> eine Diät eingehalten?								2	1
MA.08. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Insulin gespritzt?								2	1
MA.09. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Medikamente eingenommen?								2	1
13.	Dysfunktion der Schilddrüse	2	1	2	1	2	1	2	1
14.	Grüner Star (hoher Augendruck)	2	1	2	1	2	1	2	1
15.	Grauer Star	2	1	2	1	2	1	2	1
16.	Parkinson-Krankheit	2	1	2	1	2	1	2	1
17.	Schwere Niedergeschlagenheit oder Depression während mindestens 2 Wochen	2	1	2	1	2	1	2	1
18.	Epilepsie	2	1	2	1	2	1	2	1
19.	Schwindelanfälle mit Fallsucht	2	1	2	1	2	1	2	1
20.	Migräne	2	1	2	1	2	1	2	1
21.	Schweres oder chronisches Hautleiden	2	1	2	1	2	1	2	1
22.	Bösartiger Tumor oder Krebs: Genaue Angaben _____	2	1	2	1	2	1	2	1
23.	Chronische Müdigkeit während <u>mindestens drei Monaten</u>	2	1	2	1	2	1	2	1
24.	Anhaltendes (<u>länger als 3 Monate</u>) Rückenleiden, Hexenschuss oder Bandscheibenvorfall oder Ischias	2	1	2	1	2	1	2	1



	MA.01. Krankheit oder Beschwerden		MA.02. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei Ihrem Hausarzt?		MA.03. Sind (waren) Sie aus diesem Grund in Behandlung oder unter ärztlicher Aufsicht bei einem Facharzt?		MA.04. Haben Sie aus diesem Grunde während <u>der letzten 12 Monate</u> Medikamente eingenommen?		
	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	
25.	Arthrose in den <u>Knieen</u> , in der <u>Hüfte</u> oder in den <u>Händen</u>	2	1	2	1	2	1	2	1
26.	Entzündlicher Rheumatismus (chronische Arthritis, rheumatische Arthritis) „ <u>der Hände oder der Füße</u> “	2	1	2	1	2	1	2	1
27.	Andere Formen des chronischen Rheumas, länger als 3 Monate	2	1	2	1	2	1	2	1
28.	Gehirnschlag, (Gehirnblutung), und Komplikationen	2	1	2	1	2	1	2	1
29.	Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschwür	2	1	2	1	2	1	2	1
30.	Gallensteine oder Entzündung der Gallenblase	2	1	2	1	2	1	2	1
31.	Osteoporose (Kalkentzug in den Knochen)	2	1	2	1	2	1	2	1
32.	Bruch des Handgelenks	2	1	2	1	2	1	2	1
33.	Hüftfraktur (Schenkelhalsfraktur)	2	1	2	1	2	1	2	1
34.	Bruch des Rückgrats	2	1	2	1	2	1	2	1
35.	für Männer: Prostataleiden	2	1	2	1	2	1	2	1
36.	für Frauen: Gebärmuttervorfall	2	1	2	1	2	1	2	1
37.	Andere Krankheiten	2	1	2	1	2	1	2	1
38.	Andere Krankheiten	2	1	2	1	2	1	2	1

Akute Leiden

Fragesteller: Wird Frage AD01 bejaht, stellen Sie dann auch AD.02 und AD.03.

Denken Sie an die gestern zu Ende gegangenen letzten 2 Wochen. Hatten Sie eine der folgenden Krankheiten oder Beschwerden?

AD.01. Krankheit oder Beschwerden						AD.02. Hatten Sie Fieber?				AD.03. Haben Sie Ihren Hausarzt für dieses Problem aufgesucht?			
						Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Durchfall, d.h. mindestens dreimal wässrigen oder schleimigen Stuhlgang innerhalb von 24 Stunden	1	2	9	-1	1	2	9	-1	1	2	9	-1
02.	Bronchitis oder Lungenentzündung	1	2	9	-1	1	2	9	-1	1	2	9	-1
03.	Asthma-Anfälle oder -krisen	1	2	9	-1					1	2	9	-1

Unfälle

ON.01. Haben Sie im Laufe der letzten 12 Monate einen oder mehrere Unfälle gehabt, die einen Krankenhausaufenthalt oder einen Arztbesuch erforderten?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu ON.03.
- Weiß nicht..... 9 Gehen Sie über zu ON.03.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu ON.03.

Fragesellert: *Unter Unfall zu Hause versteht man jeden Unfall, der sich zu Hause, bei Freunden, in der Freizeit, im Urlaub ereignete und nicht in den anderen Kategorien vorkommt (Verkehrs-, Sportunfall).*

ON.02. Um was für einen Unfall handelte es sich?

(Mehrere Antworten möglich)

01. Arbeitsunfall oder Unfall in der Schule.....
02. Verkehrsunfall.....
03. Sportunfall.....
04. Unfall zu Hause (Sturz, Brandwunden, Unfall mit Haushaltsgeräten, ...).....
05. Andere Art Unfall, Welcher: _____

9 -1

ON.03. Wurden Sie in den letzten 12 Monaten von einem Hund gebissen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu AP.01.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu AP.01.
- Keine Antwort..... -1 Gehen Sie über zu AP.01.

ON.04. War es ein Hund, der zu Ihrem Haushalt gehörte?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

ON.05. Haben Sie im Anschluss an diesen Hundebiss einen Arzt oder ein Krankenhaus aufgesucht?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu AP.01.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu AP.01.
- Keine Antwort..... -1 Gehen Sie über zu AP.01.

ON.06. Welchen Arzt oder Krankenhausdienst haben Sie aufgesucht?

- Einen Hausarzt..... 1
- Einen Facharzt..... 2
- Die Notaufnahme..... 3
- Anderes – was? _____ 4
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Körperliche Aktivitäten

Fragesteller: Antworten durch Drittpersonen sind nicht gestattet.
 Im Falle einer Fragestellung durch eine Drittperson für eine Person, die 15 Jahre oder älter ist, gehen Sie über zu IL.01.
 Im Falle einer Fragestellung durch eine Drittperson für eine Person, die jünger ist als 15 Jahre, gehen Sie über zu GP.01.

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

Fragesteller: Zeigen Sie die Karte 1.

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

- Intensives Training und Leistungssport, öfters als 1 mal pro Woche..... 1
- Jogging und andere Sportarten oder Gartenarbeit, mindestens 4 Stunden pro Woche 2
- Jogging und andere Sportarten oder Gartenarbeit, weniger als 4 Stunden pro Woche 3
- Spaziergang, Fahrradfahren oder andere leichte Aktivitäten, wenigstens 4 Stunden pro Woche..... 4
- Spaziergang, Fahrradfahren oder andere leichte Aktivitäten, weniger als 4 Stunden pro Woche..... 5
- Lesen, Fernsehen oder andere Tätigkeiten im Sitzen..... 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

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

- Ja..... 1 ____ Tage pro Woche
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

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

Versuchen Sie, alle Fragen zu beantworten, 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.

Denken Sie an alle Ihre körperlichen Tätigkeiten der letzten 7 Tage, die eine **große körperliche Anstrengung** erforderten.

Schwere körperliche Aktivitäten führen dazu, dass Sie **viel** schneller und tiefer atmen als üblich. Hier geht es um Aktivitäten wie schwere Lasten tragen, den Garten umgraben, Jogging oder schnelles Radfahren

Hier geht es nur um schwere körperliche Aktivitäten, die mindestens 10 Minuten lang ohne Unterbrechung ausgeführt wurden.

Fragesteller: Folgende Fragen beziehen sich auf körperliche **Aktivitäten während der letzten 7 Tage**. Fragen, die die Wörter „gewöhnlich“ oder „meistens“ enthalten, beziehen sich immer auf dieselbe Zeitspanne.

AP.03. An wie viel Tagen haben Sie während der letzten 7 Tage solch schwere körperliche Aktivitäten verrichtet?

Denken Sie nur an die körperlichen Tätigkeiten, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung dauern.

Tage

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Fragest: Wenn die Antwort auf Frage AP.03 "0 Tage" ist, gehen Sie über zu AP.05.

AP.04. Wie viel Zeit nahmen diese schweren körperlichen Tätigkeiten an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

Es wird nach der durchschnittlichen Zeit pro Tag gefragt.

Denken Sie nur an die körperlichen Tätigkeiten, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung dauern.

Stunden

Min / Tag

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

Denken Sie nun an alle Aktivitäten, die Sie in den letzten 7 Tagen verrichtet haben und die eine mittelmäßige **körperliche Anstrengung erfordern**.

Bei mittelmäßigen körperlichen Aktivitäten atmen sie etwas schneller und tiefer als üblich. Es geht um Aktivitäten wie leichte Lasten tragen, in normalem Tempo Rad fahren oder ein Tennisspiel im Doppel.

Wanderungen zählen nicht zu diesen Aktivitäten.

Es handelt sich nur um mittelschwere Aktivitäten, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung dauern

AP.05. An wie viel Tagen haben Sie während der letzten 7 Tage mittelschwere Aktivitäten verrichtet?

Tagen

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn die Antwort auf Frage AP.05 "0 Tage" ist, gehen Sie über zu AP.07.

AP.06. Wie viel Zeit nahmen diese mittelschweren körperlichen Tätigkeiten an solchen Tagen durchschnittlich in Anspruch?

Es wird nach der durchschnittlichen Zeit pro Tag gefragt.

Stunden Min / Tag

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

AP.07. An wie viel Tagen sind Sie während der letzten 7 Tage mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung gewandert oder zu Fuß gegangen?

An wie viel Tagen sind Sie während der letzten 7 Tage mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung gewandert oder zu Fuß gegangen?

Denken Sie nur an die Aktivitäten, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung dauern.

Tagen

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn die Antwort auf Frage AP.07 "0 Tage" ist, gehen Sie über zu AP.10.

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

Rechnen Sie hier alle Fußstrecken von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zusammen.

Es wird nach dem Durchschnitt pro Tag gefragt.

Stunden Min / Tag

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

AP.09. In welchem Tempo gehen Sie meistens? Ich ging

Fragest: Nur eine mögliche Antwort, Zeigen Sie die Karte 2.
Lesen Sie alle Antwortmöglichkeiten vor!

In raschem Tempo; so dass Sie viel schneller atmen als üblich..... 1

In gemäßigtem Tempo, so dass Sie ein wenig schneller atmen als üblich..... 2

In langsamem Tempo, so dass Sie atmen wie üblich..... 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Die folgenden 2 Fragen beziehen sich auf die Zeit, die Sie täglich im Sitzen bei der Arbeit, zu Hause, in ihrer Freizeit verbringen: z.B. am Schreibtisch, bei Freunden, während sie lesen oder sitzend oder liegend fern sehen.

AP.10. Wie viel Zeit haben Sie während der letzten 7 Tage, Wochenende ausgeschlossen, durchschnittlich im Sitzen verbracht?

Stunden Min / Tag

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

AP.11. Wie viel Zeit haben Sie durchschnittlich an einem Tag des letzten Wochenendes im Sitzen verbracht?

Stunden Min / Tag

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Zeitweilige Unfähigkeit infolge körperlicher Gesundheitsprobleme

IC.01. Denken Sie an die gestern zu Ende gegangenen letzten 2 Wochen: haben Sie Ihre gewöhnlichen Aktivitäten zu Hause, bei der Arbeit oder in Ihrer Freizeit ein oder mehrere Male wegen Krankheit oder Verletzungen unterbrechen müssen?

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu IC.04.

9 -1

IC.02. An wie viel Tagen, Wochenende einbegriffen, haben Sie aus diesem Grunde während der letzten 2 Wochen Ihre Aktivitäten einstellen müssen?

Tagen (01 bis 14)

99 -1

IC.03. An wie vielen Tagen haben Sie aus diesem Grunde in dieser Zeit den ganzen Tag oder die meiste Zeit dieses Tages das Bett gehütet?

Tagen (00 bis 14 Tage)

99 -1

Zeitweilige Unfähigkeit infolge mentaler oder geistiger Probleme

IC.04. Denken Sie an die gestern zu Ende gegangenen letzten 2 Wochen: haben Sie Ihre gewöhnlichen Aktivitäten zu Hause, bei der Arbeit oder in Ihrer Freizeit wegen emotionaler oder geistiger Probleme einstellen müssen?

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.01.

9 -1

IC.05. An wie vielen Tagen, Wochenenden einbegriffen, haben Sie deshalb während der letzten zwei Wochen Ihre Aktivitäten aufgegeben?

Tagen (01 bis 14)

99 -1

IC.06. An wie vielen Tagen haben Sie aus diesem Grunde in dieser Zeit den ganzen Tag oder die meiste Zeit dieses Tages das Bett gehütet?

Tagen (01 bis 14)

99 -1

Langwierige körperliche Untauglichkeit

*Fragesteller: Die Fragen richten sich nur an Personen, die 15 Jahre oder älter sind.
Für die Personen, die jünger sind als 15 Jahre, gehen Sie über zu GP.01.*

Dieses Kapitel beinhaltet Fragen über die langwierige körperliche Untauglichkeit.

Vielleicht haben Sie den Eindruck, dass sich die Fragen sehr ähneln; es gibt dennoch Unterschiede.

Nachstehend eine Liste von Aktivitäten, die Sie möglicherweise in Ihrem täglichen Leben ausführen.

Geben Sie für jede Aktivität an, ob Ihr derzeitiger Gesundheitszustand Sie bei der Ausführung dieser Aktivitäten beeinträchtigt. Wenn Ja, in welchem Maße?

		Ja, stark beeinträchtigt	Ja, leicht beeinträchtigt	Nein, nicht beeinträchtigt	Keine Antwort
IL.01.	Große körperliche Anstrengungen wie laufen, einen schweren Gegenstand heben, Sport treiben	1	2	3	-1
IL.02.	Mäßige körperliche Anstrengungen wie einen Tisch versetzen, Staub saugen, schwimmen oder Radfahren	1	2	3	-1
IL.03.	Einkaufstasche heben und tragen	1	2	3	-1
IL.04.	Treppen steigen (mehrere Etagen)	1	2	3	-1
IL.05.	Treppen steigen (eine Etage)	1	2	3	-1
IL.06.	Sich nach vorne beugen, sich knien, in die Hocke gehen	1	2	3	-1
IL.07.	Mehr als 1 km zu Fuß gehen	1	2	3	-1
IL.08.	Mehrere hundert Meter zu Fuß gehen	1	2	3	-1
IL.09.	Rund 100 m gehen	1	2	3	-1
IL.10.	Ein Bad nehmen, sich duschen oder sich anziehen	1	2	3	-1

Fragesteller: Wenn die befragte Person eine dieser Fragen bejaht hat oder wenn die befragte Person 60 Jahre oder älter ist, gehen Sie über zu IL.11.

Wenn nicht, gehen Sie über zu IL.22.

IL.11. Bleiben Sie ständig im Bett, selbst wenn eine Person Ihnen beim Aufstehen helfen könnte?

Ja..... 1

Nein..... 2

9 -1

IL.12. Sitzen Sie den ganzen Tag im Sessel (nicht im Rollstuhl), selbst wenn Ihnen jemand beim Gehen helfen könnte?

Ja..... 1

Nein..... 2

9 -1

IL.13. Bewegen Sie sich nur innerhalb Ihres Hauses, Appartements oder Ihres Gartens?

Ja..... 1

Nein..... 2

9 -1

IL.14. Wie weit können Sie gehen, ohne stehen zu bleiben oder ohne Beschwerden zu haben?

Einige Schritte..... 1

Mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 m..... 2

200 m und mehr..... 3

9 -1

IL.15. Können Sie ohne fremde Hilfe aufstehen und sich hinlegen?

Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden..... 2

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um aufzustehen und um mich hinzulegen 3

9 -1

IL.16. Können Sie sich ohne fremde Hilfe in einen Sessel setzen und aufstehen?

Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden..... 2

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mich hinzusetzen und aufzustehen 3

9 -1

IL.17. Können Sie sich ohne fremde Hilfe an- und ausziehen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1
 - Ja, aber es ist mit einigen..... 2
 - Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mich an- und auszuziehen..... 3
- 9 -1

IL.18. Können Sie sich ohne fremde Hilfe die Hände und das Gesicht waschen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1
 - Ja, aber es ist mit einigen..... 2
 - Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mir die Hände und das Gesicht zu waschen..... 3
- 9 -1

IL.19. Können Sie ohne fremde Hilfe essen und sich die Nahrungsmittel schneiden?

- Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1
 - Ja, aber es ist mit einigen..... 2
 - Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um zu essen und die Nahrungsmittel zu schneiden..... 3
- 9 -1

IL.20. Können Sie alleine zur Toilette gehen?

- Ja, ohne Schwierigkeiten..... 1
 - Ja, aber es ist mit einigen..... 2
 - Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um zur Toilette zu gehen..... 3
- 9 -1

IL.21.01. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, das Wasser zurückzuhalten?

- Ja..... 1
 - Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.22.
- 9 -1

IL.21.02. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie Probleme haben, das Wasser zurückzuhalten?

- Mindestens einmal pro Woche..... 1
 - Weniger als einmal pro Woche, aber mindestens einmal monatlich..... 2
 - Weniger als einmal monatlich..... 3
- 9 -1

Kontakte mit dem Hausarzt

Folgende Fragen beziehen sich auf Kontakte mit dem Hausarzt. Es sind sowohl Besuche beim Hausarzt während der Sprechstunden, Hausbesuche beim Patienten als auch telefonische Beratungen.

GP.01. Haben Sie einen festen Hausarzt oder eine feste Hausarztpraxis?

- Ja 1 Gehen Sie über zu GP.03.
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu GP.05.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu GP.05.

Fragesteller: *Unter festem Hausarzt versteht man den Arzt, den Sie normalerweise bei Gesundheitsproblemen kontaktieren.*

GP.02. Können Sie angeben, warum Sie keinen festen Hausarzt oder keine feste Hausarztpraxis haben?

(Mehrere Antworten möglich)

- Ich bin nie krank 1
- Ich bin oft lange abwesend 2
- Ich suche je nach Problem mehrere Hausärzte auf..... 3
- Gewöhnlich wende ich mich direkt an einen Facharzt..... 4
- Gewöhnlich wende ich mich direkt an die Notaufnahme 5
- Andere Gründe, d.h. _____ 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: *Gehen Sie nach dieser Frage über zu GP.04.*

GP.03. Arbeitet Ihr Hausarzt...

- allein in seiner Praxis 1
- mit einem zweiten Arzt zusammen in seiner Praxis 2
- in einer Praxis mit mehreren anderen Ärzten 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

GP.04. Haben Sie in den letzten 2 Monaten, d.h. seit dem ____ / ____ / ____ Kontakt zu einem Hausarzt?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu GP.07.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu GP.07.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu GP.07.

GP.05. Wie oft hatten Sie in den letzten 2 Monaten Kontakt mit dem Hausarzt?

Mal 99 -1

Fragesteller: Achtung: "die letzten 2 Wochen" für die Frage GP.06!

GP.06. Wie oft hatten Sie davon Kontakt in den letzten 2 Wochen?

Mal - Gehen Sie über zu GP.08. 99 -1

GP.07. Wann haben Sie zum letzten Mal einen Hausarzt aufgesucht?

Am ____ / ____ / ____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an

- Vor ____ Monaten 1
- Vor ____ Jahren 2
- Ich habe noch nie einen Hausarzt aufgesucht 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der Kontakt in den letzten 2 Monaten stattgefunden hat, gehen Sie über zu GP.08, sonst zu SP.01.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Kontakte mit einem Hausarzt (Sprechstunde, Hausbesuch, telefonische Ratschläge) die in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben, angefangen beim letzten Kontakt.

	GP.08. Wann fand dieser Kontakt statt?	GP.09. Welches war der wichtigste Grund für diesen Kontakt? <i>Frag: Zeigen Sie Karte 3 Nur eine mögliche Antwort</i>	GP.10. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit diesem Kontakt. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem handeln.	GP.11. In welchem Rahmen fand dieser Kontakt statt?
1	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Arztbesuch</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. Telefonische Beratung</p> <p>4. Anderer, welcher?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
2	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Arztbesuch</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. Telefonische Beratung</p> <p>4. Anderer, welcher?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
3	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Arztbesuch</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. Telefonische Beratung</p> <p>4. Anderer, welcher?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

	GP.12.	GP.13.
	Wer ergriff die Initiative zu diesem Kontakt mit dem Hausarzt?	Wurden Sie anschließend an diesen Arztbesuch weitergeleitet an einen anderen Professionellen aus dem Gesundheitsbereich oder einen Pflegedienst ? <i>Frag: Zeigen Sie die Karte 9 Mehrere Antworten möglich</i>
1	1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind) 2. Es war ein vorher vom Hausarzt festgelegter Kontakt 3. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer) 4. Ein anderer Hausarzt oder Facharzt 5. Vom Hausarzt angerufen 6. Jemand, der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	01. Nein, nicht geschickt 02. Ja, zu einer Notaufnahme 03. Ja, zu einem Facharzt oder in eine Poliklinik 04. Ja, zur Röntgenaufnahme 05. Ja, ins Labor zur Blutanalyse 06. Ja, ins Krankenhaus zwecks dortiger Aufnahme 07. Ja, zu einem Kinesitherapeuten 08. Ja, zur Heimpflege 09. Ja, zu einem Sozialdienst 10. Ja, zu einer anderen Einrichtung, welche? _____ 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind) 2. Es war ein vorher vom Hausarzt festgelegter Kontakt 3. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer) 4. Ein anderer Hausarzt oder Facharzt 5. Vom Hausarzt angerufen 6. Jemand, der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	01. Nein, nicht geschickt 02. Ja, zu einer Notaufnahme 03. Ja, zu einem Facharzt oder in eine Poliklinik 04. Ja, zur Röntgenaufnahme 05. Ja, ins Labor zur Blutanalyse 06. Ja, ins Krankenhaus zwecks dortiger Aufnahme 07. Ja, zu einem Kinesitherapeuten 08. Ja, zur Heimpflege 09. Ja, zu einem Sozialdienst 10. Ja, zu einer anderen Einrichtung, welche? _____ 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
3	1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind) 2. Es war ein vorher vom Hausarzt festgelegter Kontakt 3. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer) 4. Ein anderer Hausarzt oder Facharzt 5. Vom Hausarzt angerufen 6. Jemand, der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	01. Nein, nicht geschickt 02. Ja, zu einer Notaufnahme 03. Ja, zu einem Facharzt oder in eine Poliklinik 04. Ja, zur Röntgenaufnahme 05. Ja, ins Labor zur Blutanalyse 06. Ja, ins Krankenhaus zwecks dortiger Aufnahme 07. Ja, zu einem Kinesitherapeuten 08. Ja, zur Heimpflege 09. Ja, zu einem Sozialdienst 10. Ja, zu einer anderen Einrichtung, welche? _____ 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Kontakte mit dem Facharzt

Folgende Fragen beziehen sich auf Kontakte zu einem Facharzt.

Nicht zu berücksichtigen sind Kontakte mit einem Facharzt

- 1. während eines (auch eintägigen) Krankenhausaufenthaltes
- 2. im Rahmen einer Notaufnahme
- 3. im Rahmen einer Untersuchung wie z.B. einer Röntgenaufnahme, ohne dass ein Facharzt Sie sah
- 4. mit einem Kinderarzt bei einer DKF-Untersuchung.

Nicht berücksichtigt werden telefonische Kontakte mit einer Sekretärin oder einem Assistenten zwecks Terminabsprache.

Einbegriffen sind allerdings Kontakte mit der Poliklinik und telefonische Beratungen mit einem Facharzt.

SP.01. Haben Sie in den letzten 2 Monaten, d.h. seit ____/____/____ einen Facharzt aufgesucht?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu SP.04.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu SP.04.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu SP.04.

SP.02. Wie oft haben Sie in den letzten 2 Monaten einen Facharzt aufgesucht?

		Mal
--	--	-----

99 -1

Fragesteller: Achtung: "die letzten 2 Wochen" für SP.03!

SP.03 Wie viele Kontakte hatten Sie in den letzten 2 Wochen?

Kontakte – Gehen Sie über zu SP.05.

 99 -1

SP.04 Wann haben Sie zum letzten Male einen Facharzt aufgesucht?

Am ____/ ____/ ____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an.

- Vor ____ Monaten..... 1
- Vor ____ Jahren 2
- Noch nie 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der Kontakt in den letzten 2 Monaten stattgefunden hat, gehen Sie über zu SP.05, sonst zu ED.01.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Kontakte mit einem Facharzt, die in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben, angefangen beim letzten Kontakt

	SP.05.	SP.06.	SP.07.
	<p>Wann fand dieser Kontakt statt?</p>	<p>Um was für einen Facharzt handelte es sich?</p> <p><i>Frag: Zeigen Sie Karte 2 und notieren Sie die entsprechende Nummer des Facharztes.</i></p>	<p>Welches war der wichtigste Grund für diesen Kontakt?</p> <p><i>Frag: Zeigen Sie Karte 3. Nur eine mögliche Antwort.</i></p>
1	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p>Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
2	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p>Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
3	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p>Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

	SP.08. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit dem Kontakt zum Facharzt. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem handeln.	SP.09. Wo fand dieser Kontakt statt?	SP.10. Suchten Sie den Facharzt wegen Krankheit, Beschwerden oder Behandlung zum erstenmal auf oder war es ein Kontrollbesuch?	SP.11. Wer ergriff die Initiative zu diesem Kontakt mit dem Facharzt?
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Im Krankenhaus (eventuell Poliklinik eines Krankenhauses)</p> <p>2. In einer Privatpraxis</p> <p>3. Anderswo, nähere Angaben:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01.</p> <p>9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p> <p>-1. Keine Antwort - Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Der Hausarzt</p> <p>3. Ein anderer Facharzt</p> <p>4. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. Vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Im Krankenhaus (eventuell Poliklinik eines Krankenhauses)</p> <p>2. In einer Privatpraxis</p> <p>3. Anderswo, nähere Angaben:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01.</p> <p>9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p> <p>-1. Keine Antwort - Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Der Hausarzt</p> <p>3. Ein anderer Facharzt</p> <p>4. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. Vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Im Krankenhaus (eventuell Poliklinik eines Krankenhauses)</p> <p>2. In einer Privatpraxis</p> <p>3. Anderswo, nähere Angaben:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01.</p> <p>9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p> <p>-1. Keine Antwort - Gehen Sie über zu SP05.02 oder ED.01</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Der Hausarzt</p> <p>3. Ein anderer Facharzt</p> <p>4. Ein Dienst zur Vorbeugung (DKF, Schularzt, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. Vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>

Kontakte mit der Notaufnahme eines Krankenhauses

Folgende Fragen beziehen sich auf Kontakte mit der Notaufnahme eines Krankenhauses.

Nicht zu berücksichtigen sind Kontakte mit der Notaufnahme, nach denen sie im Krankenhaus blieben, auch wenn es sich nur um eine Nacht handelt. Diese Kontakte sind im Modul Krankenhausaufenthalt aufgeführt.

ED.01. Haben Sie in den letzten 2 Monaten, d.h. seit ___/___/____. Kontakt mit einer Notaufnahme gehabt?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu ED.04.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu ED.04.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu ED.04.

ED.02. Wie oft haben Sie in den letzten 2 Monaten eine Notaufnahme aufgesucht?

--	--

Mal

99 -1

Fragesteller: Achtung: "die letzten 2 Wochen" für die Frage ED.03!

ED.03. Wie viele Kontakte hatten Sie in den letzten 2 Wochen?

Mal – Gehen Sie über zu ED.05.

 99 -1

ED.04. Wann haben Sie zum letzten Mal eine Notaufnahme aufgesucht?

Am ____ / ____ / ____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an.

- Vor ____ Monaten..... 1
- Vor ____ Jahren 2
- Noch nie 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der Kontakt in den letzten 2 Monaten stattgefunden hat, gehen Sie über zu ED.05, sonst zu DE.01.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Kontakte mit einem Notdienst, die in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben, angefangen beim letzten Kontakt.

	<p>ED.05.</p> <p>Wann fand dieser Kontakt statt?</p>	<p>ED.06.</p> <p>Welches war der wichtigste Grund für den Kontakt mit dieser Notaufnahme?</p> <p><i>Frag: Zeigen Sie Karte 1 Nur eine mögliche Antwort.</i></p>	<p>ED.07.</p> <p>Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit diesem Kontakt. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem handeln.</p>
<p>1</p>	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>99 Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
<p>2</p>	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>99 Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
<p>3</p>	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem)</p> <p>2. Unfall oder Verletzung</p> <p>3. Kontrolle oder Untersuchung</p> <p>4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung)</p> <p>5. Behandlung oder Verordnung</p> <p>6. Resultat einer Untersuchung</p> <p>7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen)</p> <p>8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt)</p> <p>99 Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

	ED.08 Wer ergriff die Initiative zu diesem Kontakt mit der Notaufnahme?	ED.09. Warum haben Sie es vorgezogen, eher eine Notaufnahme als einen Haus- oder Facharzt aufzusuchen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>	ED.10. Wann fand der Kontakt statt?
1	1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind) 2. Der Hausarzt – Gehen sie über zu ED.10.01 3. Ein Facharzt– Gehen sie über zu ED.10.01 4. Jemand, der nicht Arzt ist - Gehen sie über zu ED.10.01 9. Weiß nicht - Gehen sie über zu ED.10.01 -1. Keine Antwort - Gehen sie über zu ED.10.01	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig durchgeführt werden. 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden. 4. Bessere Behandlung möglich 5. Andere Gründe, nämlich: 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Wochentags tagsüber 2. Wochentags nachts 3. Am Wochenende, tagsüber 4. Am Wochenende, nachts 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind) 2. Der Hausarzt – Gehen sie über zu ED.10.01 3. Ein Facharzt– Gehen sie über zu ED.10.01 4. Jemand, der nicht Arzt ist - Gehen sie über zu ED.10.01 9. Weiß nicht - Gehen sie über zu ED.10.01 -1. Keine Antwort - Gehen sie über zu ED.10.01	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig durchgeführt werden. 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden. 4. Bessere Behandlung möglich 6. Andere Gründe, nämlich: 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Wochentags tagsüber 2. Wochentags nachts 3. Am Wochenende, tagsüber 4. Am Wochenende, nachts 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
3	1. Ich selbst (oder Eltern/ Vormund bei einem Kind) 2. Der Hausarzt – Gehen sie über zu ED.10.01 3. Ein Facharzt– Gehen sie über zu ED.10.01 4. Jemand, der nicht Arzt ist - Gehen sie über zu ED.10.01 9. Weiß nicht - Gehen sie über zu ED.10.01 -1. Keine Antwort - Gehen sie über zu ED.10.01	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig durchgeführt werden. 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden. 4. Bessere Behandlung möglich 7. Andere Gründe, nämlich: 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Wochentags tagsüber 2. Wochentags nachts 3. Am Wochenende, tagsüber 4. Am Wochenende, nachts 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Kontakte mit dem Zahnarzt

Folgende Fragen beziehen sich auf die Zahnpflege.

Fragesteller: Die ersten Fragen sind nur für Personen bestimmt, die wenigstens 15 Jahre alt sind. Ist die befragte Person jünger als 15 Jahre, gehen Sie unverzüglich über zu DE.04.

Zuerst möchte ich Ihnen einige Fragen über Ihre Zähne stellen.

DE.01. Haben Sie Ihre eigenen Zähne noch alle oder teilweise?

- Ja 1
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Antworten Sie "Ja", auch wenn Sie nur noch einen Zahn haben.

DE.02.01 Haben Sie oben ein künstliches Gebiss oder eine Teilprothese (fest oder ausziehbar)?

- Keine Prothese 1 Gehen Sie über zu DE.03.01
- Vollständiges künstliches Gebiss 2
- Ausziehbare Teilprothese 3
- Feste Teilprothese (Brücken einbegriffen)..... 4
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

DE.02.02. Seit wann haben Sie Ihr heutiges künstliches Gebiss oder Teilprothese oben?

- Seit weniger als einem Jahr 1
- Seit _____ Jahren 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

DE.03.01. Haben Sie unten ein künstliches Gebiss oder eine Teilprothese (fest oder ausziehbar)?

- Keine Prothese 1 Gehen Sie über zu DE.04.
- Vollständiges künstliches Gebiss 2
- Ausziehbare Teilprothese 3
- Feste Teilprothese (Brücken einbegriffen)..... 4
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

DE.03.02. Seit wann haben Sie Ihr heutiges künstliches Gebiss oder Teilprothese unten?

- Seit weniger als einem Jahr 1
- Seit _____ Jahren 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Für jedes Alter.

DE.04. Sind Sie in den vergangenen zwei Monaten, d.h. seit dem ____/____/____ beim Zahnarzt oder beim Orthodontisten gewesen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu DE.07.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu DE.07.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu DE.07.

DE.05. Wie oft sind Sie in den vergangenen zwei Monaten beim Zahnarzt oder beim Orthodontisten gewesen?

Mal 99 -1

Fragesteller:Achtung: "die letzten 2 Wochen" für DE.06!

DE.06. Wie viele Kontakte fanden in den letzten 2 Wochen statt?

Mal – Gehen Sie über zu DE.08. 99 -1

DE.07. Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt oder beim Orthodontisten?

Am ____/____/____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an.

- Vor ____ Monaten..... 1
- Vor ____ Jahren..... 2
- Ich war noch nie bei einem Zahnarzt oder Orthodontisten 3
- Weiß es nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

Fragesteller: Wenn der letzte Kontakt innerhalb der letzten 2 Monate stattfand, gehen Sie über zu DE.08, sonst zu OH.01.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Kontakte bei einem Zahnarzt oder Orthodontisten, die in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben, angefangen beim letzten Kontakt.

	DE.08. Wann fand dieser Kontakt statt?	DE.09. Welches war der wichtigste Grund für diesen Kontakt? <i>Frag: Zeigen Sie Karte 6. Nur eine mögliche Antwort.</i>	DE.10. Welcher Art war die Zahnpflege? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i> <i>Frag: Zeigen Sie Karte 7.</i>
1	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Schmerzen</p> <p>2. Periodische Kontrolluntersuchung</p> <p>3. Behandlung nach periodischer Kontrolluntersuchung</p> <p>4. Langwierige Behandlung</p> <p>5. Andere – Erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. keine Antwort</p>	<p>1. Kontrolle</p> <p>2. Extraktion eines Zahnes</p> <p>3. Plombieren eines Zahnes</p> <p>4. Krone oder Brücke</p> <p>5. Anpassung der Bissbewegungen (Kiefer, Orthodontie, Gebiss)</p> <p>6. Fluorapplikation</p> <p>7. Entfernen von Zahnstein</p> <p>8. Andere; erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
2	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Schmerzen</p> <p>2. Periodische Kontrolluntersuchung</p> <p>3. Behandlung nach periodischer Kontrolluntersuchung</p> <p>4. Langwierige Behandlung</p> <p>5. Andere – Erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. keine Antwort</p>	<p>1. Kontrolle</p> <p>2. Extraktion eines Zahnes</p> <p>3. Plombieren eines Zahnes</p> <p>4. Krone oder Brücke</p> <p>5. Anpassung der Bissbewegungen (Kiefer, Orthodontie, Gebiss)</p> <p>6. Fluorapplikation</p> <p>7. Entfernen von Zahnstein</p> <p>8. Andere; erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
3	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Schmerzen</p> <p>2. Periodische Kontrolluntersuchung</p> <p>3. Behandlung nach periodischer Kontrolluntersuchung</p> <p>4. Langwierige Behandlung</p> <p>5. Andere – Erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. keine Antwort</p>	<p>1. Kontrolle</p> <p>2. Extraktion eines Zahnes</p> <p>3. Plombieren eines Zahnes</p> <p>4. Krone oder Brücke</p> <p>5. Anpassung der Bissbewegungen (Kiefer, Orthodontie, Gebiss)</p> <p>6. Fluorapplikation</p> <p>7. Entfernen von Zahnstein</p> <p>8. Andere; erklären Sie näher</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

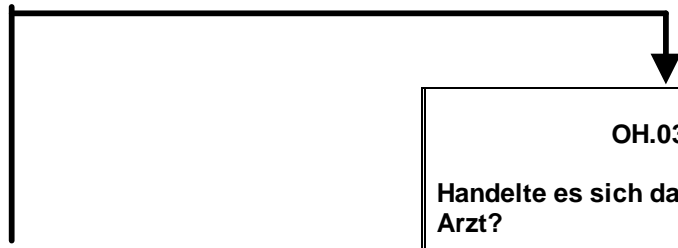
Kontakte mit anderen Gesundheitseinrichtungen

Folgende Fragen beziehen sich auf Kontakte mit anderen Fachleuten aus dem Gesundheitsbereich sowie mit einigen Präventions- und Sozialdiensten

OH.01. Hatten Sie im vergangenen Jahr, d.h. seit dem ___/___/___, für sich selbst Kontakt zu ...

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	einer Krankenpflegerin in der Heimpflege	1	2	9	-1
02.	einem Kinesitherapeuten	1	2	9	-1
03.	einem Diätetiker	1	2	9	-1
04.	einem Logopäden	1	2	9	-1
05.	einem Ergotherapeuten	1	2	9	-1
06.	einem Psychologen	1	2	9	-1

OH.02. Hatten Sie im vergangenen Jahr, d.h. seit dem ___/___/___ für sich selbst Kontakt zu...



		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	jemandem, der Homöopathie praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
02.	jemandem, der Akupunktur praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
03.	jemandem, der Osteopathie praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
04.	einem Chiropraktiker	1	2	9	-1	1	2	9	-1
05.	jemandem, der eine andere Form der Alternativmedizin praktiziert, nämlich _____ _____	1	2	9	-1	1	2	9	-1

OH.04. Hatten Sie im vergangenen Jahr, d.h. seit dem ___/___/___ für sich selbst Kontakt zu einem der nachfolgenden Dienste?

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	DKF	1	2	9	-1
02.	Schulmedizin	1	2	9	-1
03.	Arbeitsmedizin	1	2	9	-1
04.	Sozial-Psychologisches Zentrum	1	2	9	-1
05.	Zentrum für Familienplanung oder Eheberatung	1	2	9	-1
06.	Dienst für Heimpflege, u.a. Familienhilfe und Seniorenhilfe	1	2	9	-1
07.	Tagesstätte	1	2	9	-1
08.	Essen auf Rädern	1	2	9	-1
09.	ÖSHZ	1	2	9	-1
10.	Telefonhilfe	1	2	9	-1
11.	Selbsthilfegruppen (Diabetiker, Anonyme Alkoholiker,...)	1	2	9	-1
12.	Andere Dienste zur sozialen oder geistigen Unterstützung, nämlich ... _____	1	2	9	-1

Krankenhausaufenthalt

Es folgen einige Fragen über Krankenhausaufenthalte

Es handelt sich um alle Krankenhausaufenthalte, sowohl in einem allgemeinen als auch in einem psychiatrischen Krankenhaus oder Dienst.

Krankenhausaufenthalte in Zusammenhang mit einer Entbindung brauchen Sie nicht anzugeben. Tagesaufenthalte werden berücksichtigt: es sind kurze Aufenthalte, da sie abends wieder nach Hause dürfen.

HO.01. Haben Sie im vergangenen Jahr, d.h. seit dem ____/____/____, im Krankenhaus gelegen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu HO.03.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu HO.03.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu HO.03.

HO.02 Wie oft haben Sie im vergangen Jahr im Krankenhaus gelegen?

Mal – Gehen Sie über zu HO.04.01.

99 -1

HO.03 Wann haben Sie zum letzten Mal im Krankenhaus gelegen?

Am ____/____/____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an

- Vor ____ Monaten..... 1
- Vor ____ Jahren 2
- Noch nie 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der letzte Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr stattfand, gehen Sie über zu HO.04, sonst zu DR.01.

Folgende Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Krankenhausaufenthalte, die im vergangenen Jahr stattfanden, angefangen bei der letzten Hospitalisierung.

	HO.04. Wann fand dieser Krankenhausaufenthalt statt? (Aufnahmedatum)	HO.05. In welchem Dienst erfolgte die Aufnahme? <i>Frag: Zeigen Sie Karte 7bis</i>	HO.06. Wie viele Nächte haben Sie im Krankenhaus verbracht?
1	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Chirurgie (Chirurgie, Orthopädie, Urologie)</p> <p>2. Innere Medizin (Kardiologie, Pneumologie)</p> <p>3. Pädiatrie</p> <p>4. Gynäkologie</p> <p>5. Psychiatrische Abteilung eins allgemeinen Krankenhauses</p> <p>6. Psychiatrische Klinik</p> <p>7. Anderer Dienst, nämlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. ____ Nächte</p> <p>2. Aufenthalt dauert noch an</p> <p>3. Tagesaufenthalt</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
2	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Chirurgie (Chirurgie, Orthopädie, Urologie)</p> <p>2. Innere Medizin (Kardiologie, Pneumologie)</p> <p>3. Pädiatrie</p> <p>4. Gynäkologie</p> <p>5. Psychiatrische Abteilung eins allgemeinen Krankenhauses</p> <p>6. Psychiatrische Klinik</p> <p>7. Anderer Dienst, nämlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. ____ Nächte</p> <p>2. Aufenthalt dauert noch an</p> <p>3. Tagesaufenthalt</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
3	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. Vor ____ Tagen</p> <p>2. Vor ____ Wochen</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Chirurgie (Chirurgie, Orthopädie, Urologie)</p> <p>2. Innere Medizin (Kardiologie, Pneumologie)</p> <p>3. Pädiatrie</p> <p>4. Gynäkologie</p> <p>5. Psychiatrische Abteilung eins allgemeinen Krankenhauses</p> <p>6. Psychiatrische Klinik</p> <p>7. Anderer Dienst, nämlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. ____ Nächte</p> <p>2. Aufenthalt dauert noch an</p> <p>3. Tagesaufenthalt</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

	HO.07. Beschreiben Sie die Beschwerden, Krankheiten oder Probleme in Zusammenhang mit diesem Krankenhausaufenthalt. Es kann sich auch um Probleme geistiger Gesundheit oder soziale Probleme handeln.	HO.08. Haben Sie sich während dieses Krankenhausaufenthaltes einer Operation unterzogen?	HO.09. Waren Sie alles in allem mit den Pflegeleistungen zufrieden oder nicht?
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Sehr zufrieden</p> <p>2. Ziemlich zufrieden</p> <p>3. Ziemlich unzufrieden</p> <p>4. Sehr unzufrieden</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Sehr zufrieden</p> <p>2. Ziemlich zufrieden</p> <p>3. Ziemlich unzufrieden</p> <p>4. Sehr unzufrieden</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Sehr zufrieden</p> <p>2. Ziemlich zufrieden</p> <p>3. Ziemlich unzufrieden</p> <p>4. Sehr unzufrieden</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

Medikamentenkonsum

Es folgen einige Fragen über den Medikamentenkonsum

Es handelt sich um alle Arten von Medikamenten, einschließlich der homöopathischen Produkte, der Produkte auf pflanzlicher Basis, der pharmazeutisch hergestellten Produkte, Vitamine und Mineralien, Schlaf- und Beruhigungsmittel, die Pille, Salben, Injektionen, Hustensäfte, Pastillen ...

Die während eines Krankenhausaufenthaltes eingenommenen Medikamente werden nicht berücksichtigt.

DR.01. Haben Sie im Laufe der gestern zu Ende gegangenen zwei Wochen von einem Arzt verordnete Medikamente eingenommen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu DR.03.

Fragesteller: Es kann sich auch um Medikamente handeln, die bereits früher verordnet wurden.

DR.02. Wann haben Sie zum letzten Mal verordnete Medikamente eingenommen?

Am ____ / ____ / ____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an.

- Vor ____ Monaten..... 1
- Vor ____ Jahren 2
- Noch nie 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Bei Medikamentenkonsum während der letzten zwei Wochen gehen Sie über zu DR.03., sonst zu DR.04.

DR.03. Um welche Medikamente handelte es sich?**Achtung, es handelt sich nur um verordnete Medikamente.***Fragesteller: Zeigen Sie die Karte 8 und nehmen sie die Kategorien von Medikamenten der Reihe nach durch*

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Medikamente gegen Husten, Erkältung, Grippe, Hals- schmerzen...	1	2	9	-1
02.	Medikamente oder Salben gegen Rheuma, Gelenk- schmerzen, ...	1	2	9	-1
03.	Andere schmerzstillende oder fieberhemmende Medikamente	1	2	9	-1
04.	Stärkungsmittel, Vitamine, Mineralien, Tonika	1	2	9	-1
05.	Medikamente fürs Herz, den Kreislauf, den Blutdruck	1	2	9	-1
06.	Medikamente für eine bessere Gehirndurchblutung	1	2	9	-1
07.	Harttreibende Mittel	1	2	9	-1
08.	Abführmittel (Stuhlgang)	1	2	9	-1
09.	Medikamente gegen Magen- und Darmbeschwerden, zur besseren Verdauung	1	2	9	-1
10.	Schlafmittel	1	2	9	-1
11.	Antidepressiva	1	2	9	-1
12.	Beruhigungsmittel, andere Medikamente für die Nerven	1	2	9	-1
13.	Antibiotika	1	2	9	-1
14.	Medikamente für die örtliche Behandlung von Hautproblemen (Akne, Ekzeme, Juckreiz, Schuppen, Wunden)	1	2	9	-1
15.	Medikamente gegen Allergien	1	2	9	-1
16.	Medikamente gegen Asthma	1	2	9	-1
17.	Empfängnisverhütende Mittel (Pille, Spritze)	1	2	9	-1
18.	Hormone während der Wechseljahre	1	2	9	-1
19.	Tabletten gegen Diabetes	1	2	9	-1
20.	Injektionen gegen Diabetes	1	2	9	-1
21.	Medikamente gegen Epilepsie (Krämpfe)	1	2	9	-1
22.	Medikamente gegen die Parkinson-Krankheit	1	2	9	-1
23.	Medikamente für die Augen (Salbe, Tropfen)	1	2	9	-1
24.	Medikamente zum Abnehmen	1	2	9	-1
25.	Homöopathische Medikamente	1	2	9	-1
26.	Auf pflanzlicher Basis hergestellte Medikamente	1	2	9	-1
27.	Andere Medikamente; erklären Sie näher: _____	1	2	9	-1
28.	Unbekannte Medikamente	1	2	9	-1

DR.04. Haben Sie im Laufe der gestern zu Ende gegangenen 2 Wochen Medikamente eingenommen, die nicht von einem Arzt verordnet wurden

- Ja..... 1 Gehen Sie über zu DR.06.
- Nein..... 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

DR.05. Wann haben Sie zum letzten Mal nicht verordnete Medikamente eingenommen?

Am ____ / ____ / ____

Fragesteller: Wenn das genaue Datum unbekannt oder nicht anwendbar ist, geben Sie eine der folgenden Antworten an

- Vor ____ Wochen..... 1
- Vor ____ Monaten..... 2
- Vor ____ Jahren..... 3
- Noch nie..... 4
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Befrager: - Hat die Person **nicht verordnete** Medikamente während der letzten 2 Wochen eingenommen, so gehen Sie über zu DR.06.

Achtung - Gehen Sie über zu DR.07; wenn die Person **zwischen 45 und 64 Jahre** alt ist und Sie während der letzten 2 Wochen vom **Arzt verordnete Medikamente** eingenommen hat (DR.01 war „ja“)
 - Gehen Sie über zu VA.01 wenn die Person jünger als 45 Jahre oder älter als 64 Jahre ist oder wenn Sie **keine** Medikamente (weder verordnete noch nicht verordnete) während der letzten 2 Wochen eingenommen hat.

DR.06. Um welche Medikamente handelte es sich?**Achtung, es handelt sich nur um nicht verordnete Medikamente***Fragesteller: Zeigen Sie die Karte 9 und nehmen Sie die Kategorien von Medikamenten der Reihe nach durch.*

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Medikamente gegen Husten, Erkältung, Grippe, Halsschmerzen...	1	2	9	-1
02.	Medikamente oder Salben gegen Rheuma, Gelenkschmerzen, ...	1	2	9	-1
03.	Andere schmerzstillende oder fieberhemmende Medikamente	1	2	9	-1
04.	Stärkungsmittel, Vitamine, Mineralien, Tonika	1	2	9	-1
05.	Medikamente für Herz, Kreislauf, Blutdruck	1	2	9	-1
06.	Medikamente für eine bessere Gehirndurchblutung	1	2	9	-1
07.	Harttreibende Mittel	1	2	9	-1
08.	Abführmittel (Stuhlgang)	1	2	9	-1
09.	Medikamente gegen Magen- und Darmbeschwerden, zur besseren Verdauung	1	2	9	-1
10.	Schlafmittel	1	2	9	-1
11.	Beruhigungsmittel, andere Medikamente für die Nerven	1	2	9	-1
12.	Medikamente für die örtliche Behandlung von Hautproblemen (Akne, Ekzeme, Juckreiz, Schuppen, Wunden)	1	2	9	-1
13.	Medikamente gegen Allergien	1	2	9	-1
14.	Medikamente gegen Asthma	1	2	9	-1
15.	Medikamente für die Augen (Salbe, Tropfen)	1	2	9	-1
16.	Medikamente zum Abnehmen	1	2	9	-1
17.	Homöopathische Medikamente	1	2	9	-1
18.	Auf pflanzlicher Basis hergestellte Medikamente	1	2	9	-1
19.	Andere Medikamente; erklären Sie näher: _____	1	2	9	-1
20.	Unbekannte Medikamente	1	2	9	-1

*Fragesteller: Wenn die befragte Person **zwischen 45 und 64 Jahren** ist, stellen Sie folgende Fragen; gehen Sie andernfalls zum nächsten Modul über*

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die Medikamente, die Sie derzeit einnehmen. Es handelt sich wieder um alle Arten von Medikamenten, sowohl die verordneten als die nicht verordneten.

DR.07. Haben Sie in den vergangenen 24 Stunden, d.h. seit _____ Uhr gestern Medikamente eingenommen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.01.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu VA.01.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu VA.01.

Fragesteller: Bitten Sie die befragte Person, Ihnen **die Medikamente, die Sie in den vergangenen 24 Stunden eingenommen hat**, zu zeigen, wenn möglich mit der Verpackung.

Prüfen Sie bei jedem Medikament, ob sich ein Strichcode auf der Verpackung befindet. Unter diesem Strichcode steht ein Zifferncode, der meistens aus 4 Ziffern, einem Strich und drei Ziffern besteht (Bsp. 1258-514); Das ist der CNK-Kode.

Für jedes Medikament mit einem CNK-Kode stellen Sie die Fragen DR.08.01 bis DR.08.04

Für jedes Medikament ohne CNK-Kode stellen Sie die Fragen DR.08.05 bis DR.08.09

Notieren Sie in dieser Tabelle alle Medikamente **mit einem CNK-Kode** die die Person in den letzten 24 Stunden eingenommen hat.

	DR.08.01.	DR.08.02.	DR.08.03.	DR.08.04.
	Name des Medikaments <i>Frag: Name in Druckbuchstaben</i>	CNK-Kode	Wurde das Medikament verordnet?	Nehmen Sie das Medikament...
01			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
02			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
03			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Notieren Sie in dieser Tabelle alle Medikamente **mit einem CNK-Kode** die die Person in den letzten 24 Stunden eingenommen hat.

	DR.08.01. Name des Medikaments <i>Frag: Name in Druckbuchstaben</i>	DR.08.02. CNK-Kode	DR.08.03. Wurde das Medikament verordnet?	DR.08.04. Nehmen Sie das Medikament...
04			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
05			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
06			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
07			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
08			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
09			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
10			1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. regelmäßig 2. zeitweilig 3. wenn erforderlich 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Notieren Sie in dieser Tabelle die Medikamente, die die Person in den letzten 24 Stunden eingenommen hat, wovon Sie aber keinen **CNK-Code** haben.

DR.08.05. Name des Medikaments (Alternative: wogegen wird es eingenommen).... <i>Frag: Fragen Sie erst nach dem Namen des Medikaments. Nur wenn die Person es nicht weiß, geben Sie an, wogegen es eingenommen wird. Vermerken Sie die Antwort in Druckbuchstaben</i>		DR.08.06. Handelt es sich um ein...	DR.08.07. In welcher Form wird das Medikament verabreicht?	DR.08.08. Wurde das Medikament verordnet?	DR.08.09. Nehmen Sie das Medikament...
01	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
02	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
03	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

Notieren Sie in dieser Tabelle die Medikamente, die die Person in den letzten 24 Stunden eingenommen hat, wovon Sie aber keinen **CNK-Code** haben.

	DR.08.05. Name des Medikaments (Alternative: wogegen wird es eingenommen).... <i>Frag: Fragen Sie erst nach dem Namen des Medikaments. Nur wenn die Person es nicht weiß, geben Sie an, wogegen es eingenommen wird. Vermerken Sie die Antwort in Druckbuchstaben</i>	DR.08.06. Handelt es sich um ein...	DR.08.07. In welcher Form wird das Medikament verabreicht?	DR.08.08. Wurde das Medikament verordnet?	DR.08.09. Nehmen Sie das Medikament...
04	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
05	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>
06	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. klassisches Produkt</p> <p>2. pharmazeutisch hergestelltes Produkt</p> <p>3. homöopathisches Produkt</p> <p>4. auf pflanzlicher Basis hergestelltes Produkt</p> <p>5. anderes; erklären Sie:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Tablette, Kapsel, Pille</p> <p>2. Granulat, Puder</p> <p>3. Trinkampulle</p> <p>4. Sirup, flüssige Medizin, Tee</p> <p>5. Zäpfchen</p> <p>6. Inhaliermittel, Spray</p> <p>7. Injektion</p> <p>8. Salbe, Crème</p> <p>9. Flüssigmittel zum äußerlichen Gebrauch</p> <p>10. Andere Form:</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ja</p> <p>2. Nein</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. regelmäßig</p> <p>2. zeitweilig</p> <p>3. wenn erforderlich</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

Impfungen

VA.01. Verfügen Sie über einen Impfpass?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Als Impfpass gilt jedes Dokument, auf dem alle Impfungen vermerkt sind, die die Person erhalten hat.

Impfung gegen Tetanus

VA.02. Wurden Sie im Laufe der letzten 10 Jahre gegen Tetanus geimpft?

- Ja..... 1
- Nein..... 2
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Impfung gegen Hepatitis B

Fragesteller: Versuchen Sie, im Impfpass nachzusehen; die Handelsbezeichnungen für den Impfstoff gegen Hepatitis B (HB) sind Engerix B, H-B Vax II oder Twinrix.

VA.03. Wurden Sie im Laufe der letzten 10 Jahre gegen Hepatitis B geimpft?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.05.
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

**VA.04. Wurde Ihnen die letzte Impfung gegen Hepatitis B verabreicht...
(Mehrere Antwortmöglichkeiten)**

- auf Ihre eigene Initiative hin 1
- auf Vorschlag des Hausarztes..... 2
- auf Vorschlag des Facharztes 3
- Auf Vorschlag der Arbeitsstelle/des Arbeitsmediziners 4
- Auf Vorschlag einer anderen Person, welche:_____ 5
- Nach einer Sensibilisierungskampagne 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Impfungen gegen Grippe

*Fragesteller: Fragen zu Impfungen gegen die Grippe sind nur für Personen von 15 Jahren und älter bestimmt.
Für die anderen gehen Sie über zu NU.04.*

VA.05. Wurden Sie schon einmal gegen Grippe geimpft?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.08.
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

VA.06. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Grippe geimpft?

Fragesteller: Wenn Monat oder Jahr unbekannt sind, tragen Sie 99 und/oder 9999 ein.

Monat:

Jahr:

-1

**VA.07. Wurde Ihnen die letzte Impfung gegen Grippe verabreicht?
(Mehrere Antwortmöglichkeiten)**

- auf Ihre eigene Initiative hin 1
- auf Vorschlag des Hausarztes..... 2
- auf Vorschlag des Facharztes 3
- Auf Vorschlag der Arbeitsstelle/des Arbeitsmediziners 4
- Auf Vorschlag einer anderen Person, welche:_____ 5
- Nach einer Sensibilisierungskampagne 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

Fragesteller: Für Personen, die gegen Grippe geimpft wurden, überspringen Sie die Frage NU.04.

VA.08. Warum sind Sie nicht gegen Grippe geimpft?

- Ich weiß nicht, was dafür zu tun ist 1
- Ich denke nicht daran 2
- Das ist nicht die Mühe wert 3
- Impfungen sind gefährlich 4
- Andere Gründe, welche:_____ 5
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

Ernährung

Folgende Fragen betreffen Ihre Essgewohnheiten. Zuerst aber einige Fragen zu Ihrem Gewicht und zu Ihrer Größe.

NU.04. Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

Cm

Weiß nicht..... 999

Keine Antwort..... -1

NU.05. Wie schwer sind Sie ohne Kleidung und ohne Schuhe?

Fragesteller: Schwangere Frauen geben ihr Gewicht vor der Schwangerschaft an.

kg

Weiß nicht..... 999

Keine Antwort..... -1

Fragesteller: In den 3 folgenden Fragen wird der Nachdruck auf die Mahlzeiten gelegt. Ein Getränk allein (z.B. eine Tasse Kaffee) kann nicht als Mahlzeit betrachtet werden.

NU.06. Wie oft frühstücken Sie?

Jeden Tag 1

5 bis 6 mal pro Woche 2

2 bis 4 mal pro Woche 3

1 mal pro Woche 4

1 bis 3 mal pro Monat 5

Nie oder fast nie 6

Weiß nicht 9

Keine Antwort..... -1

NU.07. Wie oft essen Sie zu Mittag?

- Jeden Tag 1
- 5 bis 6 mal pro Woche 2
- 2 bis 4 mal pro Woche 3
- 1 mal pro Woche 4
- 1 bis 3 mal pro Monat 5
- Nie oder fast nie 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

NU.08. Wie oft essen Sie zu Abend?

- Jeden Tag 1
- 5 bis 6 mal pro Woche 2
- 2 bis 4 mal pro Woche 3
- 1 mal pro Woche 4
- 1 bis 3 mal pro Monat 5
- Nie oder fast nie 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

NU.09. Wie oft essen oder trinken Sie eines der folgenden Produkte?

	Jeden Tag	Mal pro Woche			1 bis 3 mal pro Monat	Nie oder fast nie	Weiß nicht	Keine Antwort	
		5 bis 6	2 bis 4	1					
01.	Gesüßte oder alkoholisierte Getränke (wie z.B. Bier, Wein, erfrischende Getränke, Kaffee oder Tee mit Zucker, industriell hergestellte Fruchtsäfte, ...) <u>Vorsicht!</u> "Light"-Getränke nicht berücksichtigen	1	2	3	4	5	6	9	-1
02.	Ungesüßte Getränke (wie z.B. Wasser, Tee oder Kaffee ohne Zucker, Bouillon, „light“-Getränke) <u>Vorsicht!</u> Keine Milchprodukte	1	2	3	4	5	6	9	-1
03.	Volle oder gesüßte Milchprodukte (z.B. gesüßte Vollmilch, Joghurt, Kakao, Pudding, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
04.	Magere oder halbvolle Milchprodukte ohne Zusatz von Zucker (z.B. ungesüßte Milch, Joghurt, Buttermilch, Sojamilch, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
05.	Früchte (frische Früchte oder frischen Fruchtsaft, Dosenfrüchte, gefrorene Früchte, Trockenfrüchte, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
06.	Herzhafte oder süße Snacks (z.B. Schokolade, Gebäck, Plätzchen, Eis, Chips, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
07.	Frühstücksgetreide (z.B. Müsli, Haferflocken, Cornflakes, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
08.	Graubrot (ebenfalls grauer Zwieback, Graubrötchen oder französisches Graubrot (Baguette))	1	2	3	4	5	6	9	-1
09.	Weißbrot (weißer Zwieback, Weißbrötchen, französisches Weißbrot (Baguette), Milchbrot oder Fantasiebrot)	1	2	3	4	5	6	9	-1
10.	Minarine oder halbvolle Butter	1	2	3	4	5	6	9	-1
11.	Margarine oder Vollbutter	1	2	3	4	5	6	9	-1

		Jeden Tag	Mal pro Woche			1 bis 3 mal pro Monat	Nie oder fast nie	Weiß nicht	Keine Antwort
			5 bis 6	2 bis 4	1				
12.	Zubereitete Fischgerichte (z.B. Fischsalat, geräucherter Lachs, Fischkonserven, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
13.	Aufschnitt oder zubereitete Fleischgerichte (z.B. Salami, Pastete, gekochter Schinken, Fleischsalat)	1	2	3	4	5	6	9	-1
14.	Käse (einschließlich Quark)	1	2	3	4	5	6	9	-1
15.	Gesüßter Brotaufstrich (Choco, Marmelade, Honig, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
16.	Eier (nicht in verarbeiteter Form in Gebäck oder Püree)	1	2	3	4	5	6	9	-1
17.	Fisch oder Meeresfrüchte (frischer Salm, Muscheln, Crevetten, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
18.	Fleischersatz (Tofu, Quorn, Sesampaste, Kichererbsen, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
19.	Fleisch, Geflügel, Wild	1	2	3	4	5	6	9	-1
20.	Braune Teigwaren oder brauner Reis)	1	2	3	4	5	6	9	-1
21.	Weißer Teigwaren, weißer Reis oder Couscous	1	2	3	4	5	6	9	-1
22.	Frittierte Kartoffelprodukte (Fritten, Kroketten, ...)	1	2	3	4	5	6	9	-1
23.	Kartoffel (gekocht, gegart, gebraten, als Püree)	1	2	3	4	5	6	9	-1
24.	Rohes oder zubereitetes Gemüse (Vorsicht keine Kichererbsen)	1	2	3	4	5	6	9	-1
25.	Soßen (Mayonnaise, Ketchup, Käsesoße, Jägersoße, ;..)	1	2	3	4	5	6	9	-1

Folgende Fragen beziehen sich auf Änderungen Ihrer Essgewohnheiten in den letzten 2 Jahren.

NU.10. Haben Sie Ihren Fettkonsum in den letzten 2 Jahren eingeschränkt?

Man kann den Fettkonsum verringern, indem man weniger fetthaltige Produkte isst wie z.B. Butter, Margarine, Mayonnaise oder indem man die fetthaltigen Produkte (z.B. Vollmilchprodukte) durch weniger fetthaltige Produkte (Magermilchprodukte) ersetzt.

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu NU.12.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NU.12.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NU.12.

**NU.11. Aus welchem Grund haben Sie Ihren Fettkonsum eingeschränkt?
(Mehrere Antwortmöglichkeiten)**

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Weil ich krank war/bin	1	2	9	-1
02.	Um abzunehmen oder um mein Gewicht zu halten	1	2	9	-1
03.	Aus Angst vor den gesundheitlichen Folgen	1	2	9	-1
04.	Unter Einfluss von Familienmitgliedern, Freunden oder Bekannten	1	2	9	-1
05.	Andere; erklären Sie: _____	1	2	9	-1

NU.12. Haben Sie in den letzten 2 Jahren mehr faserhaltige Nahrungsmittel gegessen?

Faserhaltige Nahrungsmittel sind z.B. Früchte, Gemüse, Graubrot, Brauner Reis, Teigwaren, Getreide, Haferflocken

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu ET.01.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu ET.01.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu ET.01.

**NU.13. Wenn ja, aus welchem Grund haben Sie mehr faserhaltige Nahrungsmittel gegessen?
(Mehrere Antwortmöglichkeiten)**

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Verstopfung (schlechten Stuhlgang) oder andere medizinische Probleme	1	2	9	-1
02.	Derartige Produkte waren Teil Ihrer Abmagerungskur	1	2	9	-1
03.	Weil Sie wussten, dass Fasern gesundheitsfördernd sind	1	2	9	-1
04.	Unter Einfluss von Familie, Freunden oder Bekannten	1	2	9	-1
05.	Andere; erklären Sie: _____	1	2	9	-1

Studien

Fragesteller: Die Fragen richten sich an alle, die älter als 6 Jahre sind.

ET.01 Besuchen Sie tagsüber eine Unterrichtseinrichtung?

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu ET.03.

Fragesteller: Zeigen Sie die Karte 10.

ET.02. Welche Ausbildung absolvieren Sie derzeit?

- Grundschule 01
- Sondergrundschule 02
- Unterstufe des beruflichen Sekundarunterrichts 03
- Unterstufe des technischen Sekundarunterrichts 04
- Unterstufe des allgemeinbildenden Sekundarunterrichts 05
- Unterstufe des Sondersekundarunterrichts 06
- Oberstufe des beruflichen Sekundarunterrichts..... 07
- Oberstufe des technischen Sekundarunterrichts 08
- Oberstufe des allgemeinbildenden Sekundarunterrichts 09
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von kurzer Dauer (2-3 Jahre) 10
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von langer Dauer (4 Jahre und mehr) 11
- Universitäres Hochschulwesen 12
- Anderes, Erklären Sie: _____ 13
- Weiß nicht..... 99
- Keine Antwort -1

Fragesteller : Für Schüler und Studenten, gehen Sie über zu SU.05.
Zeigen Sie die Karte 10.

ET.03. Welches ist das höchste Diplom oder die höchste Stufe, das/die Sie bis jetzt erhalten haben?

- Grundschule 01
- Sondergrundschule 02
- Unterstufe des beruflichen Sekundarunterrichts 03
- Unterstufe des technischen Sekundarunterrichts 04
- Unterstufe des allgemeinbildenden Sekundarunterrichts 05
- Unterstufe des Sondersekundarunterrichts 06
- Oberstufe des beruflichen Sekundarunterrichts..... 07
- Oberstufe des technischen Sekundarunterrichts 08
- Oberstufe des allgemeinbildenden Sekundarunterrichts 09
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von kurzer Dauer (2-3 Jahre) 10
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von langer Dauer (4 Jahre und mehr) 11
- Universitäres Hochschulwesen 12
- Anderes, Erklären Sie: _____ 13
- Weiß nicht..... 99
- Keine Antwort -1

ET.04. Wie alt waren Sie, als Sie Ihre Studien abgeschlossen hatten?

Jahre

Weiß nicht..... 99

Keine Antwort..... -1

Beschäftigung

Folgende Fragen beziehen sich auf die Beschäftigung. Als beschäftigt (angestellt) betrachten wir, wer einer besoldeten Tätigkeit nachgeht, auch wenn es nur 1 Stunde pro Woche ist.

Ihre besoldete Tätigkeit kann eventuell auch unterbrochen sein; das bedeutet, dass Sie derzeit nicht beschäftigt sind, dass Sie aber Ihre Arbeit in Kürze wieder aufnehmen werden.

EM.01. Gehen Sie derzeit einer besoldeten beruflichen Tätigkeit nach? (ggf. zeitlich unterbrochen)

- Ja, eine besoldete Tätigkeit..... 1 Gehen Sie über zu EM.03.
- Ja, aber ich habe meine Arbeit zeitweilig unterbrochen 2
- Nein..... 3 Gehen Sie über zu EM.09.

EM.02. Welches ist der Grund dieser Unterbrechung?

- Krankheit oder Unfall..... 1
- Zeitweilige, technisch oder wirtschaftlich bedingte oder saisonale Arbeitslosigkeit.... 2
- Schwangerschafts- oder Stillurlaub 3
- Elternschaftsurlaub 4
- Laufbahnunterbrechung 5
- Urlaub aus Familiengründen..... 6
- Sonderurlaub zwecks Weiterbildung, Praktikum, Studium..... 7
- Andere Gründe; Erklären Sie:_____ 8
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

Es folgen einige Fragen zu Ihrer Arbeit. Wir beginnen mit Ihrer Hauptbeschäftigung, d.h. der Beschäftigung, der Sie die meiste Zeit widmen.

EM.03. Welches ist Ihr Arbeitstatut? Wenn Sie mehrere Beschäftigungen haben, geben Sie diejenige an, die am meisten Zeit in Anspruch nimmt.

- Angestellter, Lohnempfänger oder Beamter 1
- Kleines Unternehmen (mit maximal 5 Beschäftigten) 2
- Landwirt 3
- Freiberufler 4
- Betriebsleiter (mehr als 5 Beschäftigte)..... 5
- Grossist 6
- Andere, bitte erklären: _____ 7
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

EM.04 Wann üben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aus (Hauptbeschäftigung)?

- Nur tagsüber (evt. zwei Schichten)..... 1
- Nur nachts (feste Nachtarbeit)..... 2
- Nur am Wochenende (feste Wochenendarbeit)..... 3
- Ich arbeite im Schichtwechsel (früh, spät oder nachts)..... 4
- Unregelmäßige Arbeitszeiten 5
- Andere Arbeitszeiten: _____ 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

EM.05. Können Sie präzise Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit machen (Hauptbeschäftigung)?

.....

9 -1

EM.06. Beschreiben Sie die wichtigste wirtschaftliche Aktivität des Unternehmens oder der Einrichtung, wo Sie arbeiten.

.....

9 -1

EM.07. Wieviele Stunden pro Woche üben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aus (Hauptbeschäftigung)?

Stunden pro Woche

Weiß nicht 999

Keine Antwort -1

EM.08. Kombinieren Sie Ihre besoldete Teilzeitbeschäftigung mit einer der nachstehenden Aktivitäten?

Zusätzliche berufliche Tätigkeit (zusätzliche Tätigkeit)..... 1

(Teilweise) arbeitslos 2

Pension (teilweise) 3

Krankheit oder Invalidität 4

Studien 5

Haushaltsführung, unbesoldet 6

Andere Beschäftigung, welche: _____ 7

Nein..... 8

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Fragesteller: Gehen Sie nach dieser Frage zu IN.06.

EM.09. Sie gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach. In welcher Situation befinden Sie sich?

- (früh)pensioniert 1
- Krankheit oder Invalidität 2
- Vollarbeitslos 3
- Studien 4
- Vollzeit im Haushalt beschäftigt, ohne Besoldung 5
- Andere Tätigkeiten, welche: _____ 6
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

EM.10. Sind Sie bereits einer besoldeten Tätigkeit nachgegangen?

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu EM.15.
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

EM.11. Bis wann sind Sie dieser Tätigkeit nachgegangen?

Fragesteller: wenn Monat und/oder Jahr unbekannt, 99 und/oder 9999 angeben

Monat: Jahr:

-1

EM.12. In welcher Eigenschaft übten Sie diese letzte besoldete Tätigkeit aus? Wenn Sie mehrere Tätigkeiten gleichzeitig ausübten, berücksichtigen Sie diejenige, der Sie am meisten Zeit widmeten.

- Angestellter, Lohnempfänger oder Beamter 1
- Kleines Unternehmen (mit maximal 5 Beschäftigten) 2
- Landwirt 3
- Freiberufler 4
- Betriebsleiter (mehr als 5 Beschäftigte)..... 5
- Grossist 6
- Andere, bitte erklären: _____ 7
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

EM.13. Können Sie genaue Angaben zu ihrer letzten beruflichen Tätigkeit machen?

.....

--	--	--

9 -1

EM.14. Beschreiben Sie die Hauptaktivität des Betriebs oder der Einrichtung, wo Sie zuletzt gearbeitet haben.

.....

--	--	--

9 -1

Fragesteller: Gehen Sie nach dieser Frage zu IN.06 über.
Frage EM.15 richtet sich nur an Personen, die nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben..

EM.15 Können Sie präzise Angaben zur beruflichen Tätigkeit Ihres Ehepartners oder Partners machen (die derzeitige oder diejenige, die zuletzt ausgeübt wurde)?

.....

--	--	--

9 -1

Einkünfte

Nachfolgende Fragen beziehen sich auf die persönlichen monatlichen Nettoeinkünfte, über die Sie verfügen. Darunter verstehen wir

- Nettolöhne oder –gehälter für geleistete Arbeit (Haupt- oder Nebentätigkeit); Nettoeinkünfte für Selbstständige
- alle persönlichen Sozialzulagen (Arbeitslosengeld, Rente, Entschädigungen für Arbeitsunfähigkeit (zeitweilige oder Invalidität), Arbeitsunfallentschädigungen und Unterstützung seitens des ÖSHZ).

IN.06. Wie hoch ist Ihr derzeitiges persönliches Nettoeinkommen (alles einbegriffen)?

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

 BF

9 -1

Fragesteller: Nur wenn die befragte Person zögert, diese Frage zu beantworten, stellen Sie die Frage IN.07; gehen Sie sonst über zu IN.08.

IN.07. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, diese Frage zu beantworten, stelle ich sie Ihnen anders:

Ja Zeigen Sie die Karte 11.

Nein Zeigen Sie die Karte 12.

Können Sie mir sagen, welcher Kode am besten Ihrem verfügbaren Nettoeinkommen entspricht?

--	--

 (Kode)

9 -1

Bei der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen (Arztbesuch, Krankenhausaufenthalt, Medikamente) wird meistens ein Teil nicht von der Krankenkasse übernommen; es ist die sogenannte Eigenbeteiligung.

Gewisse Personen haben Anspruch auf die Reduzierung dieser Eigenbeteiligung; es ist der sogenannte „Sondertarif“.

IN.08. Kommen Sie Ihrer Meinung derzeit in den Genuss dieses Sondertarifs?

Vorsicht! Damit ist nicht eine Reduzierung Ihrer finanziellen Beteiligung gemeint, auf die Sie infolge einer Zusatzversicherung (durch Sie selbst oder Ihren Arbeitgeber abgeschlossen) Anspruch haben

- Ja..... 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu IN.10.
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

IN.09. Es gibt verschiedene Kategorien von Personen, die Anrecht auf eine Reduzierung der Eigenbeteiligung haben. Können Sie angeben, zu welcher Kategorie Sie gehören?

- Witwen, Invaliden, Pensionierte, Waisen (VIPO)..... 1
- Ehemalige Kolonisten, Ordensleute, Personen, die nicht durch eine Sozialversicherung abgedeckt sind 2
- Anspruchsberechtigte von zusätzlichen Familienzulagen für behinderte Kinder 3
- Anspruchsberechtigte von Mindesteinkommen für Betagte..... 4
- Anspruchsberechtigte von Behindertenzulagen..... 5
- Bezieher des Existenzminimums oder Sozialhilfeempfänger 6
- Langzeitarbeitslose 7
- Andere Kategorie, welche?: _____ 8
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort -1

Die Eigenbeteiligung bei Krankenhausaufenthalt kann erheblich niedriger ausfallen, wenn eine zusätzliche Krankenhausaufenthaltsversicherung abgeschlossen wird, entweder auf Eigeninitiative oder durch Vermittlung des Arbeitgebers, bei einer Krankenkasse oder einer Privatversicherung.

IN.10. Haben Sie auf Eigeninitiative oder durch Vermittlung Ihres Arbeitgebers eine solche zusätzliche Krankenhausaufenthaltsversicherung abgeschlossen?

Ja..... 1

Nein..... 2

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Fragesteller: Nur für Selbstständige. Für die anderen, Gehen Sie über zu SU.05.

Selbstständige sind in Sachen Gesundheitspflege für die großen Risiken versichert (Krankenhausaufenthalt, Blutanalysen, Röntgenaufnahmen).

Sie können allerdings eine Zusatzversicherung für kleine Risiken abschließen (Arztbesuch, Ankauf von Medikamenten).

IN.11. Sind Sie gegen kleine Risiken versichert?

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu SU.05.

Weiß nicht..... 9 Gehen Sie über zu SU.05.

Keine Antwort..... -1 Gehen Sie über zu SU.05.

IN.12. Via welche Einrichtung sind Sie gegen kleine Risiken versichert?

Eine Krankenkasse 1

Eine private Versicherung 2

Die Versicherung „Kleine Risiken“ ist Pflichtteil des Basisversicherungspakets 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Bewertung

Fragen an die B.P.

SU.05. Empfinden Sie diese Fragen als schwierig?

- Sehr schwierig 1
- Eher schwierig 2
- Weder schwierig, noch einfach 3
- Eher einfach..... 4
- Sehr einfach 5
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort..... -1

SU.06. Empfinden Sie diese Fragen als zu persönlich oder intim?

- Ja..... 1
- Nein 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort..... -1

Danke für Ihre freundliche Zusammenarbeit!

Fragesteller: Uhrzeit, wann das Interview zu Ende ist, auf der ersten Seite angeben.

Antworten Sie selber auf die Fragen ENQ.01 et ENQ.02.

Bewertung des Antwortgebers durch den Fragesteller

ENQ.01. Wie bereitwillig hat die B.P. sich beteiligt?

- Sehr bereitwillig..... 1
- Eher bereitwillig 2
- Weder bereitwillig, noch ungerne..... 3
- Eher ungerne..... 4
- Sehr ungerne..... 5

ENQ.02. In welchem Maße hat die B.P. Ihrer Auffassung nach die Fragen verstanden und demzufolge wenig Erläuterungen benötigt?

- Voll und ganz verstanden..... 1
- Eher verstanden..... 2
- Halbwegs verstanden..... 3
- Eher nicht verstanden..... 4
- Ganz und gar nicht verstanden..... 5

ZUSÄTZLICHE INFORMATIONEN SIND ERHÄTLICH BEI:

Herr J. Van der Heyden
Herr J. Tafforeau

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

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

e-mail his@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/epidemo/epifr/index0.htm>

27 März 2001