



Gesundheitsumfrage per Interview, Belgien, 2004

Persönliche Befragung

BEFRAGTE PERSON

Nr der Person:

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

Vorname: _____

FRAGESTELLER

Kodenummer des Fragestellers:

--	--	--	--

Antwortende Person (Drittperson)

Vorname: _____

--	--

Linienummer 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

--	--

Liniennummer 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 (z. B. bettlägerig)..... 1
- Gedächtnisproblem (z. B. Amnesie, Demenz)..... 2
- Wegen eines Sprachenproblems(z. B. Fremdsprache) 3
- Wegen einer Sprachstörung (z. B. Stummheit, Stottern) 4
- Hörproblem (z. B. taub)..... 5
- Schwere geistige Behinderung..... 6
- Anderer Grund; präzisieren: 7

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 (z. B. keine Zeit)..... 1
- Weil dies der Fall ist für alle Umfragen..... 2
- Wegen der Art der Umfrage (z. B. mündliche Fragestellung)..... 3
- Wegen des in der Umfrage behandelten Themas (z. B. 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?

.....
.....

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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..... 1

Nein 2 Gehen Sie über zu MA.01.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

MB.06. Bei welcher offiziellen Instanz wurde Ihre Behinderung anerkannt oder ist augenblicklich Gegenstand eines Antrages?

.....
.....

Weiß nicht 9 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

Fragesteller: Wird Frage MA.01 bejaht, stellen Sie dann auch die Fragen MA.02 und MA.04.
 Wird Frage MA.02 bejaht, stellen Sie dann auch Frage MA.03.
 Gehen Sie Linie für Linie alle Krankheiten der Liste durch!

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.						MA.02.				MA.03.				MA.04.									
Krankheit oder Beschwerden						Haben Sie wegen dieser Beschwerden in den letzten 12 Monaten einen Facharzt aufgesucht?				Um welche Art Fachperson aus dem Gesundheitsbereich handelt es sich? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>				Welcher Art der Behandlung folgen Sie für Ihre Krankheit oder Beschwerden? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i> <i>Fragestel. : Zeigen Sie Karte 1</i>									
		Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Allgemeinmediziner	Spezialist	Andere, näher angeben:		Weiß nicht	Keine Antwort	Keine	Medikamente	Diät	Krankengymnastik	Psychotherapie	Andere Therapie	Weiß nicht	Keine Antwort
01	Asthma	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
02	Chronische Bronchitits, Chronische, nicht spezi-fische Lungenprobleme	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
03	Allergie	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
04	Stirnhöhlenvereiterung	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
05	Schweres Herzleiden oder Infarkt	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
06	Hoher Blutdruck	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
07	Schwere Darmbeschwerden, länger als 3 Monate	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
08	Hepatitis, Zirrhose oder andere Leberkrankheit	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
09	Nierensteine	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
10	Schwere Nierenkrankheit (außer Nierensteine)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
11	Chronische Harnblasen-Entzündung (z.Bsp. chronische Zystitis)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
12	Diabetes	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3		9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1

Fragesteller : Wenn die Person Medikamente für den Diabetes nimmt oder genommen hat, Stellen Sie ihm die Fragen MA.05.01 und MA.05.02.

		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
MA.05.01	Nehmen Sie Pillen für Ihr Diabetes?	1	2	9	-1
MA.05.02	Spritzen Sie Insulin?	1	2	9	-1

MA.01.						MA.02.				MA.03.						MA.04.								
Krankheit oder Beschwerden						Haben Sie wegen dieser Beschwerden in den letzten 12 Monaten einen Facharzt aufgesucht?				Um welche Art Fachperson aus dem Gesundheitsbereich handelt es sich? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>						Welcher Art der Behandlung folgen Sie für Ihre Krankheit oder Beschwerden? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i> <i>Fragestel. : Zeigen Sie Karte 1</i>								
		Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Allgemeinmediziner	Spezialist	Andere, näher angeben			Weiß nicht	Keine Antwort	Keine	Medikamente	Diät	Krankengymnastik	Psychotherapie	Andere Therapie	Weiß nicht	Keine Antwort
13	Dysfunktion der Schilddrüse	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
14	Grüner Star (hoher Augendruck)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
15	Grauer Star	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
16	Parkinson-Krankheit	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
17	Schwerer Niedergeschlagenheit oder Depression während mindestens 2 Wochen	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
18	Andere schwere psychische Beschwerden – Welche?	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
19	Epilepsie	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
20	Schwindelanfälle mit Fallsucht	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
21	Migräne	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
22	Schweres oder chronisches Hautleiden	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
23	Bösartiger Tumor oder Krebs : genaue Angaben	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
24	Chronische Müdigkeit während <u>mindestens drei Monaten</u>	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
25	Anhaltendes (<u>länger als 3 Monate</u>) Rückenleiden, Hexenschuss oder Bandscheibenvorfall oder Ischias	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
26	Arthrose in den <u>Knieen</u> , in der <u>Hüfte</u> oder in den <u>Händen</u>	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3			9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1

MA.01.						MA.02.				MA.03.						MA.04.						
Krankheit oder Beschwerden						Haben Sie wegen dieser Beschwerden in den letzten 12 Monaten einen Facharzt aufgesucht?				Um welche Art Fachperson aus dem Gesundheitsbereich handelt es sich? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>						Welcher Art der Behandlung folgen Sie für Ihre Krankheit oder Beschwerden? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i> <i>Fragestel. : Zeigen Sie Karte 1</i>						
		Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Allgemeinmediziner	Spezialist	Andere, näher angeben	Weiß nicht	Keine Antwort	keine	Medikamente	Diät	Krankengymnastik	Psychotherapie	Andere Therapie	Weiß nicht	Keine Antwort
27	Entzündlicher Rheumatismus (chronische Arthritis, rheumatische Arthritis) <u>der Hände oder Füße</u>	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
28	Andere Formen des chronischen Rheumas, <u>länger als 3 Monate</u>	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
29	Gehirnschlag, Gehirnblutung und Komplikationen	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
30	Magengeschwür oder Zwölffingerdarmgeschw.	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
31	Gallensteine oder Entzündung der Gallenblase	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
32	Osteoporose (Kalkentzug in den Knochen)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
33	Bruch des Handgelenks	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
34	Hüftfraktur (Schenkelhalsfraktur)	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
35	Bruch des Rückrads	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
36	<i>Für Männer :</i> Prostataleiden	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
37	<i>Für Frauen :</i> Gebärmuttervorfall	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
38	Andere körperliche Beschwerden – Welche ?	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1
39	Anderes Psychologische Beschwerden – Welche ?	2	1	9	-1	2	1	9	-1	1	2	3	9	-1	1	2	3	4	5	6	9	-1

Trauma: Unfälle

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

- Ja, einen Unfall..... 1
- Ja, mehrere Unfälle 2 **01. Wieviele:**
- Nein 3 gehen Sie über zu IC.01.
- Weiß nicht 9 gehen Sie über zu IC.01.
- Keine Antwort -1 gehen Sie über zu IC.01.

TR.02. Unter welchen Umständen kam es zu diesem/n Unfall/Unfällen?

(Mehrere Antworten möglich, wenn es mehrere Unfälle gab)

- | | Ja | Nein |
|---|---|----------------------------|
| 01. An der Arbeitsstelle (Büro, Werkstatt, Baustelle)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Schule/Kinderkrippe (in der Klasse, Flur, Turnhalle...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Bei einer sportlichen Betätigung..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Auf öffentlicher Straße (Straße, Bürgersteig, Fußgängerzone...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. An einem öffentlichen Ort (Park, Post, Café...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Zu Hause(Küche, Badezimmer, Treppe...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Rund ums Haus (Garten, Garage...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 08. Andere, näher angeben : | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Weiß nicht <input type="checkbox"/> 9 | Keine Antwort <input type="checkbox"/> -1 | |

Fragesteller: Wenn die Person Opfer mehrerer Unfälle war, stellen Sie ihm folgende Frage, notieren Sie hier die entsprechende Nummer des in TR.02 übertragenen Unfalls:

TR.03. Welcher von diesen in TR02 genannten Unfällen ist der letzte gewesen? (notieren Sie hier die entsprechende Nummer des in TR.02 übertragenen Unfalls)

Unfall N° :

Bitte beziehen Sie sich auf diesen Unfall, d.h. den letztdatierten, um auf die nachfolgenden Fragen zu antworten:

TR.04. Welche war die Hauptursache des Unfalls?

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 2

- Fall/ Ausrutscher/ Stolpern 1
 - Sturz aus der Höhe (Leiter, Baum, Pferd...)..... 2
 - Zusammenstoß mit einem Objekt oder einer Person 3
 - Schlag (Fuß, Faust...) 4
 - Kontakt mit einer warmen Flüssigkeit/Gas..... 5
 - Kontakt mit einem heißen Gegenstand..... 6
 - Mit Feuer/Flamme in Berührung bringen 7
 - Kontakt mit einem scharfen Gegenstand 8
 - Fremdkörper (im Hals oder Auge,...) 9
 - Einnahme von Medikamenten..... 10
 - Einnahme/Einatmen von toxischen Produkten..... 11
 - Intensive körperliche Anstrengung 12
 - Hundebiss 13
 - Biss/Stich eines anderen Tieres/Insektes 14
 - Andere (näher angeben) : _____ 15
- Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

TR.05. Welches waren die körperlichen Konsequenzen dieses Unfalls (Wunde, Verletzung)?
(Mehrere Antworten möglich)

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 3.

- 01. Bruch, gebrochene(r) Knochen 1
- 02. Verstauchung, Bänderriss..... 1
- 03. Ausgekugelttes Gelenk, Verrenkung..... 1
- 04. Muskelriss, Hexenschuss 1
- 05. Gehirnerschütterung oder anderes Schädelhirntrauma 1
- 06. Verbrennung 1
- 07. Wunde (Schnittverletzung, Stichverletzung, Bissverletzung) 1
- 08. Prellung, Hautblutung, blauer Fleck 1
- 09. Vergiftung, Überdosis..... 1
- 10. Atemnot, Erstickungsgefahr..... 1
- 11. Verletzung der inneren Organe..... 1
- 12. Andere (näher angeben) : _____ 1

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

TR.06. Welchen Gesundheitsspezialisten oder medizinischen Dienst haben Sie nach diesem Unfall aufgesucht?

(Mehrere Antworten möglich)

- | | Ja | Nein |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 01. Einen Hausarzt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Einen Krankenhausdienst | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Andere (näher angeben) : _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

TR.07. Welche Pflege wurde Ihnen zuteil?

(Mehrere Antworten möglich)

	Ja	Nein
01. Verband.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
02. Vernähen der Wunde.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
03. Gips.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
04. Operation.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
05. Hospitalisierung > 24 Stunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
06. Andere (näher angeben) : _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Weiß nicht <input type="checkbox"/> 9	Keine Antwort <input type="checkbox"/> -1	

TR.08. Wie kam es zu diesem Unfall?

Unbeabsichtigt, unvorhergesehen	<input type="checkbox"/> 1
Schlägerei, Angriff.....	<input type="checkbox"/> 2
Eigenverletzungen	<input type="checkbox"/> 3
Selbstmordversuch	<input type="checkbox"/> 4
Andere (näher angeben): _____	<input type="checkbox"/> 5
Weiß nicht <input type="checkbox"/> 9	Keine Antwort <input type="checkbox"/> -1

Zeitweilige Unfähigkeit

Fragesteller : Wenn die Person **in einer Einrichtung** untergebracht ist, d.h. wenn diese Person in einem Altenheim oder in einem Alten- und Pflegeheim wohnt, stellen Sie die folgenden Fragen nicht (von IC.01 bis IC.08), **gehen Sie direkt über zu IL.01.**

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

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu IC.04.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

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

Tagen (von 01 bis zu 14 Tage)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

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

Tagen (von 00 bis zu 14 Tage)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

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

Ja..... 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.01.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IC.05. An wievielen Tagen, Wochenenden einbegriffen, haben Sie deshalb während der letzten 2 Wochen Ihre Aktivitäten aufgegeben?

Tagen (von 01 bis zu 14 Tage)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

IC.06. An wievielen Tagen haben Sie aus diesem Grunde in diesen letzten 2 Wochen den ganzen Tag oder die meiste Zeit dieses Tages das Bett gehütet?

Tagen (von 00 bis zu 14 Tage)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

Fragesteller : Wenn die Person gleichzeitig eine körperlichen als auch einen emotionale Unfähigkeit angibt, so fahren Sie mit den nachfolgenden Fragen fort.
Wenn nicht, gehen Sie über zum Modul « langwierige körperliche Untauglichkeiten ».

IC.07. Geben Sie bitte an, an wievielen Tagen Sie in den letzten 2 Wochen Ihre Tätigkeit unterbrochen haben aus körperlichen als auch aus geistigen Gründen?

Tage (von 01 bis zu 14 Tagen)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

IC.08. Geben Sie bitte an, an wievielen Tagen Sie in den letzten 2 Wochen aus körperlichen oder geistigen Gründen im Bett geblieben sind?

Tage (von 00 bis zu 14 Tagen)

Weiß nicht 99

Keine Antwort -1

Langwierige körperliche Untauglichkeiten

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.

IL.01. 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	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Große körperliche Anstrengungen wie laufen, einen schweren Gegenstand heben, Sport treiben	1	2	3	9	-1
02. Mäßige körperliche Anstrengungen wie einen Tisch versetzen, Staub saugen, schwimmen oder Radfahren	1	2	3	9	-1
03. Einkaufstasche heben oder tragen	1	2	3	9	-1
04. Treppen steigen (mehrere Etagen)	1	2	3	9	-1
05. Treppen steigen (eine Etage)	1	2	3	9	-1
06. Sich nach vorne beugen, sich kien, in die Hocke gehen	1	2	3	9	-1
07. Mehr als 1 km zu Fuß gehen	1	2	3	9	-1
08. Mehrere hundert Meter zu Fuß gehen	1	2	3	9	-1
09. Rund 100 m gehen	1	2	3	9	-1
10. Ein Bad nehmen, sich duschen oder sich anziehen	1	2	3	9	-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.02.
Wenn nicht, gehen Sie über zu IL.48.

IL.02. 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

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.03. Können Sie ohne fremde Hilfe aufstehen und sich hinlegen?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.05.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.05.

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

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.04. Wer hilft Ihnen gewöhnlich beim aufstehen und hinlegen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.05. Können Sie sich ohne fremde Hilfe in einen Sessel setzen und aufstehen?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.07.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.07.

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mich in einen Sessel Zu setzen oder aufzustehen 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.06. Wer hilft Ihnen gewöhnlich, Sie in den Sessel zu setzen oder aufzustehen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.07. Können Sie sich ohne fremde Hilfe an- und ausziehen?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.09.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.09.

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mich an oder aus zu ziehen..... 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.08. Wer hilft Ihnen gewöhnlich beim an- und ausziehen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.09. Können Sie sich ohne fremde Hilfe die Hände und das Gesicht waschen?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.11.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.11.

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um mir die Hände und das Gesicht zu waschen 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.10. Wer hilft Ihnen für gewöhnlich beim Hände- und Gesichtwaschen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:
Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.11. Können Sie ohne fremde Hilfe essen und sich die Nahrungsmittel schneiden?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.13.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.13.

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen, um zu essen und die Nahrungsmittel zu schneiden..... 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.12. Wer hilft Ihnen gewöhnlich beim essen und schneiden der Nahrungsmittel?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:
Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.13. Können Sie alleine zur Toilette gehen?

Ja, ohne Schwierigkeiten 1 Gehen Sie über zu IL.15.

Ja, aber es ist mit einigen Schwierigkeiten verbunden 2 Gehen Sie über zu IL.15.

Ich bin immer auf fremde Hilfe angewiesen um zur Toilette zu gehen 3

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.14. Wer hilft Ihnen gewöhnlich, zur Toilette zu gehen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:
Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.15.01. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, das Wasser zurückzuhalten?

- Ja, ständig 1 Gehen Sie über zum Text vor IL.16.
- Ja, von Zeit zu Zeit..... 2
- Nein 3 Gehen Sie über zum Text vor IL.16.
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

IL.15.02. Wie oft passiert es Ihnen, dass Sie die 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
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

IL.15.03. Sind diese Probleme mit besonderen Umständen verbunden (lachen, niesen, laufen,...)?

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

Fragesteller : Wenn die Person in einer Einrichtung untergebracht ist, d.h. wenn diese Person in einem Altenheim oder in einem Alten- und Pflegeheim wohnt, stellen Sie die folgenden Fragen nicht (von IL.16 bis IL.44), gehen Sie direkt über zu IL.45.

Denken Sie an die täglichen Arbeiten, die Sie zu Hause verrichten, wie das Essen zubereiten, Einkaufen, kleine Haushaltarbeiten verrichten und die Wäsche waschen. Bitte beachten Sie nicht die zeitlichen Einschränkungen.

IL.16. Verrichten Sie diese Arbeiten für gewöhnlich selber, ohne Schwierigkeiten?

- Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.45.
- Nein 2
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

IL.17. Bereiten Sie Ihre Mahlzeiten selber vor?

- Ja..... 1
- Nein 2 Gehen Sie über zu IL.20.
- Weiß nicht 9
- Keine Antwort -1

IL.18. Bereiten Sie diese Mahlzeiten ohne Schwierigkeiten zu?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.24.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.19. Sind Sie auf Hilfe angewiesen, um Ihre Mahlzeiten zuzubereiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.22.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.24.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.20. Wären Sie in der Lage, Ihre Mahlzeiten ohne Schwierigkeiten alleine zuzubereiten, wenn Sie es müssten oder wollten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.24.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.21. Könnten Sie Ihre Mahlzeiten mit Hilfe eines anderen zubereiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.24.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.24.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.22. Wer hilft Ihnen gewöhnlich bei der Zubereitung Ihrer Mahlzeiten?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n) :

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.23. Ist die Hilfe, die Sie zur Vorbereitung Ihrer Mahlzeiten erhalten, ausreichend?

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

IL.24. Erledigen Sie Ihre Einkäufe selbst?

Ja..... 1
 Non..... 2 Gehen Sie über zu IL.27.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.25. Erledigen Sie diese Einkäufe ohne jegliche Schwierigkeiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.31.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.26. Benötigen Sie Hilfe bei der Erledigung Ihrer Einkäufe?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.29.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.31.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.27. Wären Sie in der Lage, Ihre Einkäufe ohne Schwierigkeiten alleine zu tätigen, wenn Sie es müssten oder wollten?

Ja..... 1 Gehen über zu IL.31.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.28. Könnten Sie Ihre Einkäufe mit Hilfe eines anderen machen?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.31.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.31.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.29. Wer hilft Ihnen gewöhnlich bei den Einkäufen?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.30. Ist die Hilfe, die Sie beim Einkaufen erhalten, ausreichend?

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

IL.31. Verrichten Sie leichte Hausarbeiten selber? (Staub nehmen...)

Ja..... 1
Nein..... 2 Gehen sie über zu IL.34.
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.32. Verrichten Sie diese leichten Hausarbeiten ohne jegliche Schwierigkeiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.38.
Nein..... 2
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.33. Benötigen Sie Hilfe bei der Verrichtung dieser leichten Hausarbeiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.36.
Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.38.
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.34. Wären Sie in der Lage, die leichten Hausarbeiten ohne Schwierigkeiten alleine zu verrichten, wenn Sie es müssten oder wollten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.38.
Nein..... 2
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.35. Könnten Sie mit Hilfe eines anderen die leichten Hausarbeiten verrichten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.38.
Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.38.
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.36. Wer hilft Ihnen gewöhnlich bei der Verrichtung der leichten Hausarbeit?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):
Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:
Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.
Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.37. Reicht die Hilfe, die Sie zur Verrichtung der leichten Hausarbeit erhalten, aus ?

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

IL.38. Waschen Sie Ihre Wäsche gewöhnlich selbst?

Ja..... 1
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.41.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.39. Waschen Sie Ihre Wäsche ohne jegliche Schwierigkeiten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.45.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.40. Benötigen Sie Hilfe beim waschen Ihrer Wäsche?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.43.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.45.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.41. Wären Sie in der Lage, Ihre Wäsche selbst zu waschen, wenn Sie es müssten oder wollten?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.45.
 Nein..... 2
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.42. Könnten Sie Ihre Wäsche mit Hilfe eines anderen waschen?

Ja..... 1 Gehen Sie über zu IL.45.
 Nein..... 2 Gehen Sie über zu IL.45.
 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

IL.43. Wer hilft Ihnen gewöhnlich beim Waschen Ihrer Wäsche?

Ein oder mehrere Mitglieder des Haushaltes .. → Liniennummer(n):

Jemand außerhalb des Haushaltes → Siehe Nummer der Karte:

Fragesteller : Zeigen Sie Karte 4.

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.44. Reicht die Hilfe, die Sie zum Wäsche waschen erhalten, aus?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.45. Bleiben Sie ständig im Bett, selbst wenn eine Person Ihnen beim Aufstehen helfen könnte?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.46. Sitzen Sie den ganzen Tag im Sessel (nicht im Rollstuhl), selbst wenn Ihnen jemand beim Gehen helfen könnte?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

IL.47. Bewegen Sie sich nur innerhalb Ihres Hauses, Appartements oder Ihres Gartens?

Fragesteller: Stellen Sie folgende Frage an die Person, die untergebracht ist: "Ist Ihr Bewegungsraum auf Ihr Zimmer begrenzt" ?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 9

Keine Antwort -1

Wartelisten

Fragesteller: Diese Fragen betreffen nur Personen, die 65 Jahre sind oder älter.
 Wenn die Person **in einer Einrichtung** untergebracht ist, d.h. wenn diese Person in einem Altenheim oder in einem Alten- und Pflegeheim wohnt, stellen Sie die folgenden Fragen nicht (von WL.01 bis WL.03), **gehen Sie direkt über zu GP.01.**

WL.01. Waren Sie bereits zeitweilig in einem Altenheim, Pflegeheim oder anderer Institution für ältere Menschen untergebracht?

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

WL.02. Sind Sie zur Zeit auf einer Warteliste, um in einem Alten- oder Pflegeheim oder in einer sonstigen Einrichtung für ältere Menschen aufgenommen zu werden?

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

WL.03. Seit wann Sind Sie auf dieser Warteliste?

Monat Jahr
 Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

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

seit ____ Monaten 1
 seit ____ Jahren..... 2
 Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

Kontakte mit einem Hausarzt

Folgende Fragen beschäftigen sich mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten im allgemeinen.

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

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.03.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu GP.03.

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

(Mehrere Antworten möglich)

Fragesteller: Zeigen Sie Karte 5

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...

- In seiner eigenen Praxis 1
- Mit einem zweiten Arzt zusammen 2
- In einer Praxis mit mehreren anderen Ärzten 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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.04. Hatten 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

- Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

Fragesteller: Achtung : « die letzten zwei Wochen » für die Frage GP.06 !

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

Kontakte –Gehen Sie über zu GP.08.

- Weiß nicht 99 Keine Antwort -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, ansonsten gehen Sie über 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 6.</i> <i>(Nur eine mögliche Antwort)</i>	GP.10. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsproblem in Zusammenhang mit diesem Kontakt. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges Problem handeln.	GP.11. Welches waren die Hauptgründe für die Wahl des Hausarztes? <i>Frag.: Zeigen Sie Karte 7</i> <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
1	Letzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Nähe/Zugänglichkeit 2. Kompetenz 3. Kosten 4. Kontaktfähigkeit 5. Verfügbarkeit 6. Medizinische Meinung 7. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	Vorletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Nähe/Zugänglichkeit 2. Kompetenz 3. Kosten 4. Kontaktfähigkeit 5. Verfügbarkeit 6. Medizinische Meinung 7. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. keine Antwort
3	Vorletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Nähe/Zugänglichkeit 2. Kompetenz 3. Kosten 4. Kontaktfähigkeit 5. Verfügbarkeit 6. Medizinische Meinung 7. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

	GP.12. In welchem Rahmen fand der Kontakt statt?	GP.13. Wer ergriff die Initiative zu diesem Kontakt mit dem Hausarzt?	GP.14. Wurden Sie anschließend an diesen Arztbesuch weitergeleitet an einen anderen Professionellen aus dem Gesundheitsbereich oder einen Pflegedienst? <i>Frag: Zeigen Sie Karte 8</i> <i>(Mehrere Antworten möglich)</i>
1	1. Sprechstunde beim Arzt 2. Hausbesuch 3. Telefonischer Rat 4. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	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 oder einer anderen Person, welche? _____ 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	1. Sprechstunde beim Arzt 2. Hausbesuch 3. Telefonischer Rat 4. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	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 oder einer anderen Person, welche? _____ 9. weiß nicht -1. Keine Antwort
3	1. Sprechstunde beim Arzt 2. Hausbesuch 3. Telefonischer Rat 4. Andere, angeben 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	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 oder einer anderen Person, welche? _____ 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Kontakte mit einem Facharzt

Folgende Fragen beziehen sich auf Kontakte zu einem Facharzt, die Sie für sich selber in Anspruch genommen haben.

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 Terminrücksprache.

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

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

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

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

Mal – Gehen Sie über zu SP.05.

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

SP.04 Wann haben Sie zum letzten Mal 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 DE.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. Wann fand dieser Kontakt statt?	SP.06. Um welche Fachärztliche Richtung handelte es sich? <i>Frag.: Zeigen Sie Karte 9 und notieren Sie die entsprechende Nummer des Facharztes.</i>	SP.07. Welches waren die Hauptgründe für diesen Besuch? <i>Frag.: Zeigen Sie Karte 6.</i> <i>(Nur eine mögliche Antwort)</i>		
1	Letzter Kontakt am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <i>Frag.: Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</i> 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort			1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	Vorletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <i>Frag.: Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</i> 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort			1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
3	Drittletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> </div> <i>Frag.: Wenn sich der Facharzt nicht in der Liste befindet, notieren Sie den Fachbereich in Druckbuchstaben.</i> 99. Weiß nicht -1. Keine Antwort			1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

	SP.08.	SP.09.	SP.10.	SP.11.
	<p>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.</p>	<p>Welches waren die Hauptgründe für die Wahl des Facharztes?</p> <p><i>(Mehrere Antworten möglich)</i></p> <p><i>Frag.:</i> Zeigen Sie Karte 7.</p>	<p>Suchten Sie diesen Facharzt wegen Krankheit, Beschwerden, oder Behandlung zum ersten Mal auf oder war es ein Kontrollbesuch?</p>	<p>Wer ergriff die Initiative zu dem Kontakt mit diesem Facharzt?</p>
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Nähe/Zugang</p> <p>2. Fähigkeiten</p> <p>3. Kosten</p> <p>4. Kontakt</p> <p>5. Verfügbarkeit</p> <p>6. Medizinische Ansicht</p> <p>7. Andere, näher angeben</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zum nächsten Kontakt oder DE.01.</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</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, Arbeitsmedi-ziner oder anderer)</p> <p>5. vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand der nicht Arzt ist, angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Nähe/Zugang</p> <p>2. Fähigkeiten</p> <p>3. Kosten</p> <p>4. Kontakt</p> <p>5. Verfügbarkeit</p> <p>6. Medizinische Meinung</p> <p>7. Andere, näher angeben</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zum nächsten Kontakt oder DE.01.</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</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, Arbeitsmedi-ziner oder anderer)</p> <p>5. vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand der nicht Arzt ist, angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Nähe/Zugang</p> <p>2. Fähigkeiten</p> <p>3. Kosten</p> <p>4. Kontakt</p> <p>5. Verfügbarkeit</p> <p>6. Medizinische Meinung</p> <p>7. Andere, näher angeben:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>	<p>1. Das erste Mal</p> <p>2. Kontrollbesuch – Gehen Sie über zum nächsten Kontakt oder DE.01.</p> <p>9. weiß nicht -1. Keine Antwort</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, Arbeitsmedi-ziner oder anderer)</p> <p>5. vom Facharzt angerufen</p> <p>6. Jemand der nicht Arzt ist, angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht -1. Keine Antwort</p>

DE.04. Tragen Sie eine feste Prothese?

Ja 1

Nein..... 2

 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

DE.05. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten direkt an ein Zahnlabor gewandt, ohne von einem Zahnarzt dorthin verwiesen worden zu sein?

Ja 1

Nein..... 2

 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

DE.06. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen zahnmedizinischen Notdienst in Anspruch genommen?

Ja 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu DE.08.

 Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu DE.08.

 Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu DE.08.

DE.07. Wen haben Sie für dieses Problem kontaktiert?

Einen Zahnarzt, der Notdienst hatte..... 1

Einen Notfalldienst..... 2

 Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn die betreffende Person keine eigenen Zähne mehr hat (Antwort auf Frage DE.01 = nein), gehen Sie über zum Text vor DE.09.

DE.08. Wie oft putzen Sie sich gewöhnlich die Zähne?

- Mehr als 2 Mal am Tag 1
 - 2 Mal am Tag..... 2
 - 1 Mal am Tag..... 3
 - Weniger als 1 Mal pro Tag..... 4
 - Niemals 5
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit den Zahnarztbesuchen, die Sie für sich selbst in Anspruch genommen haben. Hierunter fallen auch die Besuche beim Zahnspezialisten (Orthodontisten, Orthopede, Stomatologe usw.).

DE.09. Haben Sie in den letzten 2 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht?

d.h. seit dem ___ / ___ / _____?

- Ja 1
 - Nein..... 2 Gehen Sie über zu DE.11.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu DE.11.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu DE.11.

DE.10. Wie oft haben Sie in den letzten 2 Monaten einen Zahnarzt aufgesucht?

- Mal Gehen Sie über zu DE.12.
- Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

DE.11. Wann waren Sie zum letzten Mal beim Zahnarzt?

Am ____ / ____ / ____

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

Vor ____ Monaten 1

Vor ____ Jahren 2

Noch nie 3

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der letzte Kontakt innerhalb der letzten 2 Monate stattgefunden hat, gehen Sie über zu DE.12, sonst gehen Sie über zu ED.01.

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

	DE.12.	DE.13.	DE.14.	DE.15.
	<p>Wann fand dieser Kontakt statt?</p>	<p>Welches war der wichtigste Grund für das Aufsuchen des Zahnarztes? <i>(Nur eine mögliche Antwort)</i></p> <p><u>Frag:</u> Zeigen Sie Karte 10.</p>	<p>Um welche Art der Behandlung handelte es sich? <i>(mehrere Antworten möglich)</i></p> <p><u>Frag:</u> Zeigen Sie Karte 11.</p>	<p>Wer hat die Initiative ergriffen, Kontakt mit dem Zahnarzt aufzunehmen?</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>	<p>1. Schmerzen</p> <p>2. Periodische Kontrolluntersuchung</p> <p>3. Gebrochener Zahn</p> <p>4. Verlust der Zahnfüllung</p> <p>5. Verletzung (Unfall)</p> <p>6. Geplanter Eingriff</p> <p>7. Andere, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Vorbeugende Kontrolle</p> <p>2. Röntgenaufnahme</p> <p>3. Pflegeanleitung für die Zähne</p> <p>4. Zahnsteinentfernung</p> <p>5. Zahnfüllung (Plombe)</p> <p>6. Nerv entfernen</p> <p>7. Zahn ziehen</p> <p>8. Prothesen (inbegriffen Brücke, Krone, Stifzahn)</p> <p>9. Orthodontiebehandlung (Gebiss)</p> <p>10. Behandlung zum bleichen der Zähne</p> <p>11. Andere, näher angeben :</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Anderer Zahnarzt</p> <p>3. Hausarzt</p> <p>4. Facharzt</p> <p>5. Vorbeugender Dienst</p> <p>6. Paramedizinischer Dienst (Krankenpfleger/in, Kinesitherapeut/in)</p> <p>7. Andere, näher angeben :</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. Gebrochener Zahn</p> <p>4. Verlust der Zahnfüllung</p> <p>5. Verletzung (Unfall)</p> <p>6. Geplanter Eingriff</p> <p>7. Andere, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Vorbeugende Kontrolle</p> <p>2. Röntgenaufnahme</p> <p>3. Pflegeanleitung für die Zähne</p> <p>4. Zahnsteinentfernung</p> <p>5. Zahnfüllung (Plombe)</p> <p>6. Nerv entfernen</p> <p>7. Zahn ziehen</p> <p>8. Prothesen (inbegriffen Brücke, Krone, Stifzahn)</p> <p>9. Orthodontiebehandlung (Gebiss)</p> <p>10. Behandlung zum bleichen der Zähne</p> <p>11. Andere, näher angeben :</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Anderer Zahnarzt</p> <p>3. Hausarzt</p> <p>4. Facharzt</p> <p>5. Vorbeugender Dienst</p> <p>6. Paramedizinischer Dienst (Krankenpfleger/in, Kinesitherapeut/in)</p> <p>7. Andere, näher angeben :</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. Gebrochener Zahn</p> <p>4. Verlust der Zahnfüllung</p> <p>5. Verletzung (Unfall)</p> <p>6. Geplanter Eingriff</p> <p>7. Andere, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Vorbeugende Kontrolle</p> <p>2. Röntgenaufnahme</p> <p>3. Pflegeanleitung für die Zähne</p> <p>4. Zahnsteinentfernung</p> <p>5. Zahnfüllung (Plombe)</p> <p>6. Nerv entfernen</p> <p>7. Zahn ziehen</p> <p>8. Prothesen (inbegriffen Brücke, Krone, Stifzahn)</p> <p>9. Orthodontiebehandlung (Gebiss)</p> <p>10. Behandlung zum bleichen der Zähne</p> <p>11. Andere, näher angeben :</p> <p>99. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind)</p> <p>2. Anderer Zahnarzt</p> <p>3. Hausarzt</p> <p>4. Facharzt</p> <p>5. Vorbeugender Dienst</p> <p>6. Paramedizinischer Dienst (Krankenpfleger/in, Kinesitherapeut/in)</p> <p>7. Andere, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

Kontakte mit der Notaufnahme eines Krankenhauses

Diese 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.03.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu ED.03.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu ED.03.

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

Mal

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

ED.03. 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

Ich habe noch nie eine Notaufnahme aufgesucht..... 3

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der Kontakt in den letzten 2 Monaten stattgefunden hat, gehen Sie über zu ED.04, Sonst zu HO.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.

	ED.04. Wann fand dieser Kontakt statt?	ED.05. Welches war der wichtigste Grund für den Kontakt mit dieser Notaufnahme? <i>Frag: Zeigen Sie Karte 6.</i> <i>(Nur eine mögliche Antwort)</i>	ED.06. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit diesem Kontakt. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem handeln.
1	Letzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	Vorletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Ne sait pas -1. Pas de réponse	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
3	Drittletzter Kontakt Am ____ / ____ / ____ 1. Vor ____ Tagen 2. Vor ____ Wochen 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Krankheit, Beschwerden oder Gesundheitsproblem (auch geistiges oder soziales Problem) 2. Unfall oder Verletzung 3. Kontrolle oder Untersuchung (ohne jegliche Beschwerden) 4. Vorbeugende Handlung (Beratung, Impfung) 5. Behandlung oder Verordnung 6. Resultat einer Untersuchung 7. Verwaltungstechnischer Grund (Attest, Dokumente ausfüllen) 8. Anderer Grund (von einem Elternteil, dem DKF, einem Schularzt geschickt,...) 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 8. Keine Krankheiten, Beschwerden oder Probleme 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

	ED.07.	ED.08.	ED.09.
	Wer ergriff die Initiative zu diesem Kontakt mit der Notaufnahme?	Warum haben Sie es vorgezogen, eher eine Notaufnahme als einen Haus- oder Facharzt aufzusuchen? <i>(Mehrere Antworten möglich)</i> <i>Frag: Zeigen Sie Karte 12.</i>	Wann fand der Kontakt statt?
1	1. Ich selbst (oder Eltern/Vormund bei einem Kind) 2. Der Hausarzt – Gehen Sie über zu ED.09. 3. Ein Facharzt – Gehen sie über zu ED.09. 4. Jemand der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu ED.09. -1. Keine Antwort – Gehen Sie über zu ED.09.	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig gemacht werden 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden 4. Bessere Behandlung 5. Es handelt sich um ein dringendes und ernsthaftes Problem 6. Weil es ein Krankenhaus mit Notaufnahme in meiner Nähe gibt 7. Anderer Grund, d.h. : 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.09. 3. Ein Facharzt – Gehen sie über zu ED.09. 4. Jemand der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu ED.09. -1. Keine Antwort – Gehen Sie über zu ED.09.	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig gemacht werden 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden 4. Bessere Behandlung 5. Es handelt sich um ein dringendes und ernsthaftes Problem 6. Weil es ein Krankenhaus mit Notaufnahme in meiner Nähe gibt 7. Anderer Grund, d.h. : 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.09. 3. Ein Facharzt – Gehen sie über zu ED.09. 4. Jemand der nicht Arzt ist 9. Weiß nicht – Gehen Sie über zu ED.09. -1. Keine Antwort – Gehen Sie über zu ED.09.	1. Notaufnahme ist 24 Stunden auf 24 geöffnet 2. Alle erforderlichen Untersuchungen können gleichzeitig gemacht werden 3. Die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden 4. Bessere Behandlung 5. Es handelt sich um ein dringendes und ernsthaftes Problem 6. Weil es ein Krankenhaus mit Notaufnahme in meiner Nähe gibt 7. Anderer Grund, d.h. : 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

Krankenhausaufenthalt

Es folgen einige Fragen über Ihre Krankenhausaufenthalte.

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

Krankenhausaufenthalte in Zusammenhang mit einer Entbindung werden ebenfalls berücksichtigt.

Als erstes stellen wir Ihnen einige Fragen zu Krankenausaufenthalten, **für die Sie im Krankenhaus Nachts verbleiben mussten.**

HO.01. Haben Sie im vergangenen Jahr, d.h. seit dem __ / __ / __ im Krankenhaus gelegen? Hierbei handelt es sich um einen Krankenhausaufenthalt, bei dem Sie im Krankenhaus Nachts verbleiben mussten.

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 vergangenen Jahr im Krankenhaus gelegen und mussten dort Nachts verbleiben?

Mal – Gehen Sie über zu HO.04.

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

HO.03 Wann haben Sie zum letzten Mal im Krankenhaus gelegen und mussten auch dort Nachts verbleiben?

Am ____ / ____ / ____

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

- Vor ____ Monaten 1
- Vor ____ Jahren 2
- Niemals 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn der letzte Krankenhausaufenthalt im vergangenen Jahr stattfand, gehen Sie über zu HO.04, sonst zu HO.10.

Folgende Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Krankenhausaufenthalte, die im vergangenen Jahr stattfanden, ausgehend von der letzten Hospitalisierung. Hierbei handelt es sich um die Hospitalisierungen, bei denen Sie im Krankenhaus Nachts verbleiben mussten.

	HO.04. Wann fand dieser Krankenhausaufenthalt statt? (Aufnahmedatum)	HO.05. Um welche Art Krankenhaus handelte es sich?	HO.06. In welchen Dienst erfolgte die Aufnahme?
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. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Psychiatrische Klinik – Gehen Sie über zu HO.07.</p> <p>4. Anderer Krankentyp, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Psychiatrischer Dienst</p> <p>2. Anderer Dienst</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. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Psychiatrische Klinik – Gehen Sie über zu HO.07.</p> <p>4. Anderer Krankentyp, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Psychiatrischer Dienst</p> <p>2. Anderer Dienst</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. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Psychiatrische Klinik – Gehen Sie über zu HO.07.</p> <p>4. Anderer Krankentyp, näher angeben :</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Psychiatrischer Dienst</p> <p>2. Anderer Dienst</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>

	HO.07. Wieviele Nächte haben Sie im Krankenhaus verbracht?	HO.08. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem handeln.	HO.09. Haben Sie sich während dieses Krankenhausaufenthaltes einer Operation unterzogen?
1	1. _____ Nächte 2. Aufenthalt dauert noch an 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
2	1. _____ Nächte 2. Aufenthalt dauert an 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort
3	1. _____ Nächte 2. Aufenthalt dauert an 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	..... ..... ..... ..... 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort	1. Ja 2. Nein 9. Weiß nicht -1. Keine Antwort

Die folgenden Fragen beschäftigen sich mit dem Tagesaufenthalt. **Hospitalisierung, bei der Sie ein Zimmer und ein Bett zur Verfügung hatten, wo Sie aber am gleichen Tag nach Hause gehen konnten.**

HO.10. Waren Sie im vergangenen Jahr im Krankenhaus, d.h. seit dem __ / __ / __, für einen Tagesaufenthalt, d.h. eine Hospitalisierung bei der Sie ein Zimmer und ein Bett zur Verfügung hatten, aber das Krankenhaus noch am selben Tag verlassen durften?

Ja 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu HO.12.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu HO.12.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu HO.12.

HO.11. Wie oft waren Sie im vergangenen Jahr in einer Klinik für einen Tagesaufenthalt?

Mal Gehen Sie über zu HO.13.

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

HO.12. Wann waren Sie zum letzten Mal für einen Tagesaufenthalt in der Klinik?

Am ____ / ____ / ____

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

Vor ____ Monaten 1

Vor ____ Jahren 2

Niemals 3

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Fragesteller: Wenn die letzte Hospitalisierung im letzten Jah stattgefunden hat, stellen Sie die Fragen HO.13, sonst gehen Sie über zu OH.01.

Folgende Fragen beziehen sich auf die 3 letzten Krankenhausaufenthalte, die im vergangenen Jahr stattfanden, ausgehend vom letzten Tagesaufenthalt in der Klinik.

	HO.13.	HO.14.	HO.15.	HO.16.
	Wann fand dieser Krankenhausaufenthalt statt? (Aufnahmedatum)	Um welche Art Krankenhaus handelte es sich?	Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme in Zusammenhang mit der Hospitalisierung. Es kann sich hierbei auch um ein geistiges oder soziales Problem.	Haben Sie sich während dieses Aufenthaltes einer Operation unterzogen?
1	<p>Letzter Kontakt</p> <p>Am .. / .. / ..</p> <p>1. Vor Tagen</p> <p>2. Vor .....Wochen</p> <p>3. Vor .....Monaten</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Anderer Krankenhaustyp</p> <p>Näher angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <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>
2	<p>Vorletzter Kontakt</p> <p>Am .. / .. / ..</p> <p>1. Vor..... Tagen</p> <p>2. Vor .....Wochen</p> <p>3. Vor.....Monaten</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Anderer Krankenhaustyp</p> <p>Näher angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <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>
3	<p>Drittletzter Kontakt</p> <p>Am .. / .. / ..</p> <p>1. Vor Tagen</p> <p>2. Vor .....Wochen</p> <p>3. Vor .....Monaten</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>1. Universitätskrankenhaus</p> <p>2. Allgemeines Krankenhaus</p> <p>3. Anderer Krankenhaustyp</p> <p>näher angeben :</p> <p>.....</p> <p>9. Weiß nicht</p> <p>-1. Keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <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>

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.	Einem/-er Krankenpfleger(in) in der Heimpflege	1	2	9	-1
02.	Einem/-er Kinesitherapeuten/-tin	1	2	9	-1
03.	Einem/-er Diätassistenten/-tin	1	2	9	-1
04.	Einem/-er Logopäden/-din	1	2	9	-1
05.	Einem/-er Ergotherapeuten/-tin	1	2	9	-1
06.	Einem/-er Psychologen/-gin	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	OH.03. Handelte es sich dabei um einen Arzt?			
		Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Jemanden, der Homöopathie praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
02.	Jemanden, der Akupunktur praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
03.	Jemanden, der Osteopathie praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
04.	Jemanden, der Chiropraxis praktiziert	1	2	9	-1	1	2	9	-1
05.	Jemanden, der eine andere Form der Alternativmedizin praktiziert, nämlich : _____	1	2	9	-1	1	2	9	-1

Fragesteller: Wenn die Person **in einer Einrichtung** untergebracht ist, d.h. wenn diese Person in einem Altenheim oder in einem Alten- und Pflegeheim wohnt, stellen Sie die Frage OH.04 nicht und **gehen Sie direkt über zu DR.01.**

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

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. DKF	1	2	9	-1
02. Schulgesundheit	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

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

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

Fragesteller: Bei Medikamentenkonsum während der letzten zwei Wochen gehen Sie über zu DR.03, sonst zu DR.06.

DR.07. Wann haben Sie zum letzten Mal nicht verordnete Medikamente eingenommen (rezeptfreie Medikamente)?

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

Niemals 4

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

***Fragesteller:** Gehen Sie über zu DR.08, wenn die befragte Person (aber) in den letzten 2 Wochen nicht verordnete Medikamente eingenommen hat.*

Gehen Sie über zu DR.12, wenn die befragte Person in den letzten 2 Wochen vom Arzt verordnete Medikamente eingenommen hat. (siehe DR.01 et DR.02.).

Gehen Sie über zu VA.01, Wenn die befragte Person innerhalb der letzten 2 Wochen keinerlei Medikamente eingenommen hat(nicht verordnete –verordnete).

DR.08. Haben Sie im Laufe der gestern zu Ende gegangenen zwei Wochen Schlafmittel, die nicht vom Arzt verordnet waren, (rezeptfreie Medikamente), eingenommen?

Ja 1

Nein..... 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

DR.09. Haben Sie im Laufe der gestern zu Ende gegangenen zwei Wochen Beruhigungsmittel oder andere Nervenmedikamente, die nicht vom Arzt verordnet waren, (rezeptfreie Medikamente), eingenommen?

Ja 1

Nein..... 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

DR.10. Haben Sie im Laufe der gestern zu Ende gegangenen 2 Wochen Medikamente, die nicht in der Apotheke verkauft wurden, eingenommen?

Ja 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu DR.12.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

DR.11. Wo haben Sie diese Medikamente erhalten?

(Mehrere Antworten möglich)

Frag. : Zeigen Sie Karte 13.

01. Reformhaus..... 1

02. Diabetikerregal in einem Supermarkt 1

03. Internet 1

04. Paramedizinische(r) Krankenpfleger(in), Kinesitherapeut(in), 1

05. Arzt..... 1

06. Andere, näher angeben 1

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Folgende Fragen beschäftigen sich mit den Medikamenten, die Sie **zur Zeit** einnehmen. Auch hier handelt es sich um alle möglichen Medikamente ob **verordnet** oder **nicht verordnet**.

DR.12. 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.

Notieren Sie als Antwort auf DR.13 und DR.14 den Namen and den CNK-Kode der Medikamente, die die befragte Person innerhalb der letzten 24 Stunden eingenommen hat. Stellen Sie für jedes Medikament auch die Fragen DR.15 bis DR.17.

Fragesteller: Vergessen Sie bitte nicht, die Fragen DR.15 bis DR.17 des persönlichen Fragebogens für jedes Medikament zu stellen.

	DR.13.	DR.14.
	Name des Medikamentes (In Druckbuchstaben) <i>Frag. : Ansonsten kreuzen Sie eine der Optionen an (8, 9, -1)</i>	CNK Code <i>Frag. : Wenn kein Code vorhanden, kreuzen Sie eine der Optionen an (99, 9, -1)</i>
01	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
02	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
03	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
04	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
05	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
06	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
07	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
08	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
09	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
10	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
11	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
12	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
13	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA

Note: WN = Weiß nicht ; KA = Keine Antwort.

	DR.15. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Probleme, für die Sie diese Medikamente eingenommen haben.	DR.16. Wurde das Medikament verordnet?	DR.17. Nehmen Sie dieses Medikament...
01	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
02	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
03	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
04	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
05	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
06	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
07	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
08	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
09	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
10	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
11	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
12	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
13	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA

Note: WN = Weiß nicht ; KA = Keine Antwort.

Fragesteller: Vergessen Sie bitte nicht, die Fragen DR.15 bis DR.17 des persönlichen Fragebogens für jedes Medikament zu stellen.

	DR.13.	DR.14.
	Name des Medikamentes (In Druckbuchstaben) <i>Frag : Ansonsten kreuzen Sie eine der Optionen an (8, 9, -1)</i>	CNK Code <i>Bef. Wenn kein Code vorhanden, kreuzen Sie eine der Optionen an (99, 9, -1)</i>
01	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
02	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
03	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
04	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
05	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
06	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
07	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
08	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
09	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
10	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
11	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
12	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA
13	8. Zusammens 9 WN -1. KA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 99. Kein CNK-code 9. Keine Verpackung -1. KA

Note: WN = Weiß nicht ; KA = Keine Antwort.

	DR.15. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Probleme, für die Sie diese Medikamente eingenommen haben.	DR.16. Wurde das Medikament verordnet?	DR.17. Nehmen Sie dieses Medikament...
01	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
02	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
03	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
04	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
05	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
06	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
07	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
08	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
09	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
10	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
11	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
12	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA
13	9. WN -1. KA	1. Ja 2. Nein 9. WN -1. KA	1. regelmäßig 2. zeitweilig 9. WN -1.KA

Note: WN = Weiß nicht ; KA = Keine Antwort.

Impfungen

VA.01. Verfügen Sie über einen Impfpass?

Ja 1

Nein 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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

Impfung gegen Tetanus

VA.02. Wurden Sie bereits gegen Tetanus geimpft oder erhielten Sie eine Nachimpfung?

Ja 1

Nein 2 Gehen Sie über zu VA.04.

Ich weiß nicht, worum es geht 3 Gehen Sie über zu VA.04.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu VA.04.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu VA.04.

VA.03. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Tetanus geimpft?

Vor weniger als 10 Jahren 1

Vor 10 Jahren oder mehr als 10 Jahren 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Impfung gegen Hepatitis B

Fragestell.: Versuchen Sie, im Impfpass nachzusehen : die Handelsbezeichnungen für den Impfstoff gegen Hepatitis B (HB) sind: Engerix B®, HB Vax II®, HB Vax Pro®, Twinrix® oder Infanrix-hexa®.

VA.04. Wurden Sie bereits gegen Hepatitis B geimpft (eine Form der Gelbsucht)?

- Ja 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.07.
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3 Gehen Sie über zu VA.07.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu VA.07.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu VA.07.

VA.05. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Hepatitis B geimpft?

- Vor weniger als 10 Jahren 1
- Vor 10 Jahren oder mehr als 10 Jahren 2
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

VA.06. Wer hat Sie geimpft?

- Ein Arzt der Familie..... 1
- Ein Kinderarzt 2
- DKF 3
- Schulmedizin 4
- Andere, näher angeben: _____ 5
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Impfung gegen Hirnhautentzündung Typ C (Meningitis)

Fragesteller : Die Impfung gegen Hirnhautentzündung des Types C hat zum Ziel, Sie gegen eine Form der Hirnhautentzündung zu schützen (Infektion des Gehirns auf Höhe der Hirnhaut).

Versuchen Sie im Impfpass nachzusehen; die Handelsbezeichnungen des Impfstoffs gegen Hirnhautentzündung des Types C sind: Mencevax®, Menjugate®, Meningitec®, Meningovac® und Neisvac-C® (der Typ C ist manchmal mit anderen Typen kombiniert).

VA.07. Wurden Sie bereits gegen Hirnhautentzündung des Types C geimpft?

- Ja 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.09.
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3 Gehen Sie über zu VA.09.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu VA.09.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu VA.09.

VA.08. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Hirnhautentzündung des Types C geimpft?

- Vor weniger als 3 Jahren 1
- Vor 3 Jahren oder mehr als 3 Jahren 2
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Impfung gegen Grippe

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

VA.09. Wurden Sie schon einmal gegen Grippe geimpft?

- Ja 1
- Nein..... 2 Gehen Sie über zu VA.11.
- Ich weiß nicht, worum es geht..... 3 Gehen Sie über zu VA.11.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu VA.11.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu VA.11.

VA.10. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Grippe geimpft?

Fragesteller: Füllen Sie 99 und/oder 9999 wenn der genaue Monat und/oder das Jahr unbekannt sind.

Monat: Jahr:

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Impfung gegen Pneumokokken

Enquêteur: Versuchen Sie im Impfpass nachzusehen; die Handelsbezeichnung des Impfstoffs gegen Pneumokokken ist der Pneumo 23.

VA.11. Wurden Sie bereits gegen Pneumokokken geimpft oder erhielten Sie eine Nachimpfung?

Ja 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu NS.04.

Ich weiß nicht, worum es geht..... 3 Gehen Sie über zu NS.04.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NS.04.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NS.04.

VA.12. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Pneumokokken geimpft?

Vor weniger als 5 Jahren 1

Vor 5 Jahren oder mehr als 5 Jahren 2

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

Ernährung

Folgende Fragen betreffen Ihre Essensgewohnheiten. Zuerst aber erlauben Sie mir bitte zwei Fragen zu Ihrem Gewicht und zu Ihrer Größe.

NS.04. Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

cm

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

NS.05. Wie schwer sind Sie ohne Kleidung und 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.

NH.01. Wie oft frühstücken Sie?

- Jeden Tag 1
- 5 bis 6 mal pro Woche 2
- 2 bis 4 mal pro Woche 3
- 1mal pro Woche..... 4
- 1 bis 3 mal pro Monat 5
- Nie oder fast nie..... 6

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

NH.02. 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

NH.03. 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

NH.04. Wie oft essen Sie rohes oder zubereitetes Gemüse (ausgenommen Kichererbsen)?

- 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 Gehen Sie über zu NH.06.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.06.
Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.06.

NH.05. Wieviel rohes oder zubereitetes Gemüse essen Sie an solchen Tagen (= der Tag des Verzehrs)?

- Weniger als 200 g 1
- Ungefähr 200 g 2
- Mehr als 200 g 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

NH.06. Wie oft essen Sie frische Früchte?

- 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 Gehen Sie über zu NH.08.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.08.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.08.

NH.07. Wieviel Früchte essen Sie an diesen Tagen im Durchschnitt (= der Tag des Verzehrs)?

- Weniger als 2 Portionen..... 1
- Ungefähr 2 Portionen..... 2
- Mehr als 2 Portionen..... 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

NH.08. Wie oft essen Sie Graubrot (Auch Biskotten, Brötchen oder Baguette)?

- 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 Gehen Sie über zu NH.10.

- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.10.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.10.

NH.09. Wieviel Graubrot essen Sie an diesen Tagen (= der Tag des Verzehrs)?

- Weniger als 8 Scheiben 1
- Ungefähr 8 Scheiben 2
- Mehr als 8 Scheiben 3

- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

NH.10. Wie oft essen Sie Fisch (wie Seehecht, Kabeljau, Muscheln, Krevetten...)?

- 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 Gehen Sie über zu NH.12.

- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.12.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.12.

NH.11. Wieviel Fisch essen Sie an diesen Tagen(= der Tag des Verzehrs)?

- Weniger als 100 g 1
- Ungefähr 100 g 2
- Mehr als 100 g 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

NH.12. Wie oft trinken Sie gezuckerte oder alkoholisierte Getränke (wie Bier, Wein, Erfrischungsgetränke, gezuckerten Kaffee oder Tee, Orangensaft, der industriell hergestellt wird, ...)

- 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 Gehen Sie über zu NH.14.
- Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.14.
- Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.14.

NH.13. Wieviel gezuckerte oder alkoholisierte Getränke trinken Sie an diesen Tagen (= der Tag des Verzehrs)?

- Weniger als 1 Liter..... 1
- Ungefähr 1 Liter..... 2
- Mehr als 1 Liter..... 3
- Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

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

NH.14. 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, durch 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 NH.16.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu NH.16.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu NH.16.

**NH.15. Aus welchem Grund haben Sie Ihren Fettkonsum eingeschränkt?
(mehrere Antworten möglich)**

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Weil ich krank war/bin	1	2	9	-1
02. Um abzunehmen oder 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, näher angeben: _____	1	2	9	-1

NH.16. Haben Sie in den letzten 2 Jahren mehr faserhaltige Nahrungsmittel gegessen?

Faserhaltige Mittel 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.

NH.17. Aus welchem Grund haben Sie mehr faserhaltige Nahrungsmittel gegessen?

(Mehrere Antworten möglich)

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Verstopfung (schlechter 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, näher angeben: _____	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.

Weiß nicht 9 Gehen Sie über zu ET.03.

Keine Antwort -1 Gehen Sie über zu ET.03.

Fragesteller: Zeigen Sie Karte 14.

ET.02. Welche Ausbildung absolvieren Sie zur Zeit?

Grundschule 01

Unterstufe des allgemeinen Sekundarunterrichts..... 02

Unterstufe des technischen beruflichen Sekundarunterrichts..... 03

Oberstufe des allgemeinen Sekundarunterrichts..... 04

Oberstufe des technischen Sekundarunterrichts..... 05

Oberstufe in der Kunstabteilung 06

Oberstufe des beruflichen Sekundarunterrichts 07

Weiterführende Ausbildung nach dem Abitur (aber nicht Hochschulunterr.) .. 08

Nichtuniversitäres Hochschulwesen von kurzer Dauer..... 09

Nichtuniversitäres Hochschulwesen von langer Dauer..... 10

Universität..... 11

Universität – zusätzliches Diplom 12

Doktorat mit Thesis 13

Andere, näher angeben: _____ 14

Weiß nicht 99 Keine Antwort -1

*Fragesteller: Für die Studenten und Schüler, gehen Sie über zu SU.05.
Für die anderen, machen Sie weiter und zeigen Sie Karte 14.*

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

- Grundschule 01
- Unterstufe des allgemeinen Sekundarunterrichts..... 02
- Unterstufe des technischen beruflichen Sekundarunterrichts 03
- Oberstufe des allgemeinen Sekundarunterrichts..... 04
- Oberstufe des technischen Sekundarunterrichts..... 05
- Oberstufe in der Kunstabteilung 06
- Oberstufe des beruflichen Sekundarunterrichts 07
- Weiterführende Ausbildung nach dem Abitur (aber nicht Hochschulunterr.) .. 08
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von kurzer Dauer..... 09
- Nichtuniversitäres Hochschulwesen von langer Dauer..... 10
- Universität..... 11
- Universität – zusätzliches Diplom 12
- Doktorat mit Thesis 13
- Andere, näher angeben: _____ 14
- Kein Diplom..... 15

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.07.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

EM.02. Welches ist der Grund dieser Unterbrechung?

Krankheit oder Unfall..... 1

Zeitweilige, technische Arbeitslosigkeit..... 2

Schwangerschafts- oder Stillurlaub 3

Elternschaftsurlaub 4

Laufbahnunterbrechung 5

Urlaub aus Familiengründen..... 6

Sonderurlaub zwecks Weiterbildung, Praktikum, Studium..... 7

Anderer Grund, näher angeben: _____ 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 Können Sie präzise Angaben zu Ihrer beruflichen Tätigkeit machen (Hauptbeschäftigung)?

.....

--	--	--

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

EM.04. Beschreiben Sie die wichtigste wirtschaftliche Aktivität des Unternehmens oder der Einrichtung, wo Sie arbeiten.

.....

--	--	--

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

EM.05. Wann üben Sie diese berufliche Aktivität aus?

Nur während des Tages (Eventuell Schichtarbeit)..... 1

Nur nachts (Nachtangestellt)..... 2

Nur am Wochenende (Wochenendangestellt)..... 3

Ich arbeite in einer Equipe, die sich abwechselt (z.b.: morgens und abends(oder nachts))..... 4

Unregelmäßiger Stundenplan 5

Andere Arbeitszeiten, näher angeben: 6

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

EM.06. Wieviel Stunden pro Woche üben Sie Ihre berufliche Tätigkeit aus (Hauptbeschäftigung)?

--	--	--

 Stunden pro Woche

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

Fragesteller : Gehen sie nach dieser Frage über zum Modul « Einkommen ».

EM.07. Si gehen keiner beruflichen Tätigkeit nach, in welcher Situation befinden Sie sich?

(Früh)pensioniert 1

Krankheit oder Invalidität 2

Vollarbeitslos..... 3

Studien..... 4

Vollzeitig im Haushalt beschäftigt, ohne Besoldung..... 5

Andere Situation, welche: _____ 6

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

EM.08. Sind Sie bereits einer besoldeten Tätigkeit nachgegangen?

Ja 1

Nein..... 2 Gehen Sie über zu EM.12.

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

EM.09. Bis wann sind Sie dieser Tätigkeit nachgegangen?

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

Monat: Jahr:

Weiß nicht 9 Keine Antwort -1

EM.10. Können Sie genaue Angaben zu ihrer letzten beruflichen Tätigkeit machen?

.....

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

EM.11. Beschreiben Sie die Hauptaktivität des Betriebs oder der Einrichtung, wo Sie zuletzt gearbeitet haben?

.....

Weiß nicht 999 Keine Antwort -1

*Fragesteller: Gehen Sie nach dieser Frage über zum Modul "Einkommen"
Frage EM.12. richtet sich nur an Personen, die nie eine berufliche Tätigkeit ausgeübt haben.
Sie muss dann gestellt werden, selbst wenn der Lebensgefährte oder Partner gestorben ist.*

EM.12. Können Sie präzise Angaben zur beruflichen Tätigkeit Ihres Ehepartners oder Partners machen (die derzeitige oder diejenige, die zuletzt ausgeübt wurde)?

.....

Weiß nicht 999 Keine Antwort -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)? Wenn dieser Betrag monatlich ändert, bitte den Durchschnitt angeben.

Geben Sie die Währungseinheit an: Euros BF

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

Fragesteller: Nur wenn die befragte Person zögert, diese Frage zu beantworten, stellen Sie Frage wie nachfolgend angegeben. Ansonsten gehen Sie über zu IN.08.

IN.07. Wenn Sie Schwierigkeiten haben, diese Frage zu beantworten, stelle ich sie Ihnen anders : “liegt der Betrag über 2.000 Euro (oder 80.000 BF)?”

Ja Zeigen Sie Karte 15.

Nein Zeigen Sie Karte 16.

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

--	--

(Kode)

Weiß nicht ₉₉ Keine Antwort ₋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 Eingliederungseinkommender 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 Selbständige. 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 befragte Person

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 Mitarbeit!

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 : Fragen für den Fragesteller

ENQ.01. Wie bereitwillig hat die befragte Person 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 befragte Person 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 ERHÄLTlich BEI:

Frau E. Hesse

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

Tel.: 02/642.57.55

e-mail: his@iph.fgov.be

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

2 Juni 2004