

Informationen zur ausgewählten und zur antwortenden Person

NR.01. Wer antwortet auf die Umfrage?

Die ausgewählte Person 1 ▶ MB.01.

Ein Stellvertreter, Mitglied des Haushalts 2

 → Rangnummer der antwortenden Person (*siehe HC.01, Haushaltsfragebogen*)

Ein Stellvertreter, eine nicht zum Haushalt gehörende Person: wer? _____ 3

NR.02. Warum wird auf einen Stellvertreter zurückgegriffen?

Die ausgewählte Person ist jünger als 15 Jahre 1 ▶ MB.01.

Die ausgewählte Person konnte nicht erreicht werden 2 ▶ MB.01.

Die ausgewählte Person ist nicht im Stande zu antworten 3 ▶ NR.03.

Die ausgewählte Person weigert sich, selbst zu antworten 4 ▶ MB.01.

NR.03. Warum ist die ausgewählte Person nicht im Stande zu antworten?

Wegen einer Krankheit (z.B. Bettlägerigkeit) 1

Wegen eines Gedächtnisproblems (z.B. Gedächtnisschwund, Demenz)..... 2

Wegen eines Sprachproblems (z.B. Fremdsprache) 3

Wegen einer Sprachstörung (z.B. Person ist stumm, stottert) 4

Wegen eines Hörproblems (z.B. gehörlose Person) 5

Wegen einer schweren geistigen Behinderung..... 6

Anderer Grund, präzisieren Sie: _____ 7

Chronische Krankheiten und Leiden

Die folgenden Fragen beziehen sich auf langwierige Krankheiten, langwierige Leiden oder Behinderungen.

MB.01. Leiden Sie an einer oder mehreren langwierigen Krankheiten, langwierigen Leiden oder Behinderungen?

Ja

1

Nein.....

2

 ▶ MA.01.

Weiß nicht.....

9

 ▶ MA.01.

Keine Antwort

0

 ▶ MA.01.

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

.....

.....

Weiß nicht.....

9

Keine Antwort

0

MB.03. Beeinträchtigen diese Krankheiten, Leiden oder Behinderungen Sie in Ihren alltäglichen Aktivitäten?

Ständig.....

1

Ab und zu.....

2

Nicht oder nur selten.....

3

Weiß nicht.....

9

Keine Antwort

0

MB.04. Sind Sie aufgrund dieser Krankheit(en), dieses/dieser Leiden oder Behinderung(en) ans Bett gefesselt?

Ständig.....

1

Ab und zu.....

2

Nicht oder nur selten.....

3

Weiß nicht.....

9

Keine Antwort

0

MA.01. Ich gehe eine Liste von Krankheiten oder Leiden durch. Bitte teilen Sie mir für jede mit, ob Sie daran leiden oder schon daran gelitten haben?

MA.01.						MA.02.				MA.03.				MA.04.			
Krankheit oder Leiden						Wurde diese Krankheit durch einen Arzt diagnostiziert?				Haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> an dieser Krankheit gelitten?				Wurden Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> wegen dieser Krankheit von einem Arzt oder einer anderen Fachkraft aus dem Gesundheitssektor behandelt?			
		Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort
01	Asthma (auch allergisches Asthma)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
02	Chronische Bronchitis, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Lungenemphysem	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
03	Infarkt	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
04	koronare Herzkrankheit (Angina pectoris)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
05	Arterieller Bluthochdruck (Hypertonie)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Befr.: Für den Bluthochdruck: wenn die Antwort auf Frage MA.03 JA lautet, Frage MA.05 und MA.06 stellen.</i>														Nein		Ja	
MA.05. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten?														2		1	
MA.06. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?														2		1	
06	Schlaganfall (Hirnblutung, Thrombose)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
07	Rheumatoide Arthritis (Entzündung der Gelenke)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
08	Arthrose (Degeneration der Gelenke)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
09	Dauerhaftes Rückenleiden (unterer Rücken)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
10	Dauerhaftes Leiden im Nacken- oder Hals-Bereich	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
11.	Diabetes	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Befr.: Für Diabetes: wenn die Antwort auf Frage MA.03 JA lautet, Fragen MA.07, MA.08 und MA.09 stellen.</i>														Nein		Ja	
MA.07. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten?														2		1	
MA.08. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Spritzen (Insulin) bekommen?														2		1	
MA.09. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Tabletten eingenommen?														2		1	

MA.01.						MA.02.				MA.03.				MA.04.			
Krankheit oder Leiden						Wurde diese Krankheit durch einen Arzt diagnostiziert?				Haben Sie in den letzten 12 Monaten an dieser Krankheit gelitten?				Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Krankheit von einem Arzt oder einer anderen Fachkraft aus dem Gesundheitssektor behandelt?			
		Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	Ja	Weiß nicht	Keine Antwort
12	Allergie: Heuschnupfen, Entzündung der Augen, Hautleiden, Nahrungsmittelallergie oder andere (außer allergisches Asthma)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
13	Geschwür im Magen oder Zwölffingerdarm	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
14	Zirrhose oder andere Leberkrankheit	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
15	Bösartiger Tumor oder Krebs (auch Leukämie oder Lymphom)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
16	Schwere Kopfschmerzen, Migräne	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
17	Urin-Inkontinenz, Probleme, die Blase zu kontrollieren	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
18	Chronische Angstzustände	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Befr.: Für chronische Angstzustände: wenn die Antwort auf Frage MA.03 JA lautet, Fragen MA.10 und MA.11 stellen.</i>														Nein		Ja	
MA.10. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?														2		1	
MA.11. Waren Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten in psychotherapeutischer Behandlung?														2		1	
19	Schwere Niedergeschlagenheit oder Depression <u>während mindestens 2 Wochen</u>	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Befr.: Für Depressionen: wenn die Antwort auf Frage MA.03 JA lautet, Fragen MA.12 und MA.13 stellen.</i>														Nein		Ja	
MA.12. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?														2		1	
MA.13. Waren Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten in psychotherapeutischer Behandlung?														2		1	
20	Andere Probleme der mentalen Gesundheit	2	1	9	0	2	1	9	-1	2	1	9	0	2	1	9	0
<i>Befr.: Für "Andere Probleme der mentalen Gesundheit": wenn die Antwort auf Frage MA.03 JA lautet, Fragen MA.14 und MA.15 stellen.</i>														Nein		Ja	
MA.14. Haben Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten Medikamente eingenommen?														2		1	
MA.15. Waren Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten in psychotherapeutischer Behandlung?														2		1	

Krankheit oder Leiden		MA.01.				MA.02.				MA.03.				MA.04.			
		Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort	Nein	ja	Weiß nicht	Keine Antwort
21	Bleibende Folgeschäden einer erlittenen Verletzung	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
22	Störungen der Schilddrüse	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
23	Grüner Star/Glaukom – erhöhter Augendruck	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
24	Grauer Star (Katarakt)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
25	Parkinson-Krankheit	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
26	Epilepsie	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
27	Chronische Müdigkeit <u>während mindestens 3 Monaten</u>	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
28	Osteoporose (Entkalkung der Knochen)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
29	Bruch des Hüftknochens, (Oberschenkelhalsbruch)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
30	Schwere Darmbeschwerden <u>während mindestens 3 Monaten</u>	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
31	Nierensteine	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
32	Schwere Nierenkrankheit (außer Nierensteine)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
33	Chronische Blasenentzündung (z.B. chronische Zystitis ...)	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
34	Schwere oder chronische Hauterkrankung	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
35	Gallensteine oder Entzündung der Gallenblase	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
36	<i>Befrager: nur für Männer:</i> Prostatabeschwerden	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0
37	Andere chronische Leiden, präzisieren Sie:	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0	2	1	9	0

Trauma: Unfälle

TR.04. Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen der folgenden Unfälle gehabt, der zu einer äußeren oder inneren Verletzung führte?

Befrager: Stellen Sie für jede positive Antwort die Frage TR.05. Wenn kein Unfall angegeben wird (Kode 2, 9 oder 0), gehen Sie über zu Frage IL.01.

Verletzungen aufgrund von Vergiftungen oder Überfällen werden hier hinzu gezählt.

TR.04.						TR.05.				
Unfälle						Haben Sie aufgrund des Unfalls einen Arzt, eine(n) Krankenpfleger(in) oder die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?				
		▲ TR.09. Nein	Ja	▲ TR.09. Weiß nicht	▲ TR.09. Keine Antwort					
						Ja, einen Arzt oder eine(n) Krankenpfleger(in)	Ja, eine Notaufnahme	Nein, ein Arztbesuch oder Behandlung waren nicht notwendig	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Verkehrsunfall	2	1	9	0	1	2	3	9	0
02.	Arbeitsunfall	2	1	9	0	1	2	3	9	0
03.	Unfall in der Schule	2	1	9	0	1	2	3	9	0
04.	Unfall zu Hause oder während der Freizeit	2	1	9	0	1	2	3	9	0

Befrager: Wenn die antwortende Person mehrere Unfälle angibt, stellen Sie die Frage TR.06 und notieren Sie die Nummer, die sich auf den unter TR.04 angegebenen Unfall bezieht.

Wenn die befragte Person nur einen einzigen Unfall angibt, übergehen zu Frage TR.07.

TR.06. Welcher Unfall war der letzte unter den angegebenen Unfällen (das jüngste Datum)?

Unfall Nr.

--	--

Bitte beziehen Sie sich für die Beantwortung der folgenden Fragen auf diesen letztdatierten Unfall:

TR.07. Welche war die Hauptursache für diesen Unfall?

- Sturz, Ausrutscher, Stolpern, Sturz aus der Höhe (Leiter, Baum, Pferd...).....

1

- Zusammenstoß oder Zusammenprall mit einem Gegenstand oder einer Person

2

- Schnittverletzung, Fremdkörper (im Auge, in der Kehle,...).....

3

- Andere, präzisieren Sie: _____

4

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

TR.08. Welche körperlichen Folgen (Verletzung, Wunde) hatte der Unfall?
(mehrere Antworten möglich)

- | | Ja | Nein | |
|--|--|------|---|
| 01. Bruch, Knochenbruch | 1 | 2 | |
| 02. Verstauchung, Bänderriss | 1 | 2 | |
| 03. Wunde (Schnittverletzung, Stichverletzung, Bissverletzung) | 1 | 2 | |
| 04. Andere, präzisieren Sie:..... | 1 | 2 | |
| Weiß nicht..... | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>9</td></tr></table> | | 9 |
| 9 | | | |
| Keine Antwort | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>0</td></tr></table> | | 0 |
| 0 | | | |

Befrager: Stellen Sie die folgende Frage nur Personen ab dem Alter von **65 Jahren**.
Wenn die Person jünger ist als 65, übergehen zu Frage IL.01.

TR.09. Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt, ausgerutscht oder gestolpert, haben Sie somit das Gleichgewicht verloren und sind auf den Boden gefallen oder zumindest ein Stück tiefer gelandet?

- Ja

1

- Nein.....

2

 ► IL.01.
- Weiß nicht.....

9

 ► IL.01.
- Keine Antwort

0

 ► IL.01.

TR.10. Wie oft ist das vorgekommen?

--	--

Mal

Langanhaltende körperliche Untauglichkeit

Befrager: *Dieses Modul beantworten nur Personen ab dem Alter von 15 Jahren.
Für Personen unter 15 Jahren übergehen zu Frage GP.01.*

Ich werde Ihnen nun Fragen zur Ausführung alltäglicher Aktivitäten stellen. Beantworten Sie die Fragen bitte, ohne vorübergehende Probleme zu berücksichtigen.

IL.01. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

- | | | |
|---|---|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ IL.02. |
| Ich bin blind oder sehe überhaupt nichts..... | 3 | ▶ IL.05. |

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen unter Berücksichtigung Ihrer üblichen Nutzung von Brille oder Kontaktlinsen, d.h. Sie tragen sie.

IL.02. Können Sie die Druckbuchstaben einer Zeitung klar sehen?

- | | | |
|---|---|--|
| Ja, ohne Schwierigkeiten..... | 1 | |
| Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten..... | 2 | |
| Ja, aber mit großen Schwierigkeiten..... | 3 | |
| Nein, überhaupt nicht..... | 4 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

IL.03. Können Sie das Gesicht einer Person aus 4 m Distanz (von der anderen Straßenseite aus) klar sehen?

- | | | |
|---|---|----------|
| Ja, ohne Schwierigkeiten..... | 1 | ▶ IL.05. |
| Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten..... | 2 | |
| Ja, aber mit großen Schwierigkeiten..... | 3 | |
| Nein, überhaupt nicht..... | 4 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

IL.04. Können Sie das Gesicht einer Person aus 1 m Distanz (auf Armlänge) klar sehen?

- | | | |
|---|---|--|
| Ja, ohne Schwierigkeiten..... | 1 | |
| Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten..... | 2 | |
| Ja, aber mit großen Schwierigkeiten..... | 3 | |
| Nein, überhaupt nicht..... | 4 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

IL.05. Tragen Sie eine Hörhilfe (Hörgerät)?

- Ja

1

- Nein.....

2

 ► IL.06.
- Ich bin völlig gehörlos

3

 ► IL.09.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen unter Berücksichtigung Ihrer üblichen Nutzung Ihrer Hörhilfe, d.h. Sie tragen sie.

IL.06. Können Sie klar hören, was in einer Unterhaltung mit mehreren Personen gesprochen wird?

- Ja, ohne Schwierigkeiten.....

1

- Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten

2

- Ja, aber mit großen Schwierigkeiten

3

- Nein, überhaupt nicht.....

4

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.07. Hören Sie gut genug, um einem Fernsehprogramm in einer Lautstärke zu folgen, die für andere Personen akzeptabel ist?

- Ja

1

 ► IL.09.
- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.08. Können Sie einem Fernsehprogramm bei höherer Lautstärke folgen?

- Ja

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

Die folgenden Fragen betreffen eventuelle Probleme der Beweglichkeit.

IL.09. Wie weit können Sie gehen, ohne anzuhalten und ohne größere Probleme?

- Nur einige Schritte

1

- Mehr als einige Schritte, aber weniger als 200 Meter

2

- 200 Meter oder mehr

3

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.10. Können Sie 500 Meter auf ebenem Grund gehen, ohne Hilfe, ohne Stock oder spezifische Hilfsmittel?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

IL.11. Können Sie Treppen steigen und hinunter gehen, ohne Hilfe, ohne Stock oder spezifische Hilfsmittel?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

IL.12. Können Sie sich bücken und hinknien, ohne Hilfe oder spezifische Hilfsmittel?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

IL.13. Können Sie eine gefüllte Einkaufstasche mit einem Gewicht von 5 Kilo heben und mindestens 10 Meter weit tragen, ohne jede Hilfe oder spezifische Hilfsmittel?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

IL.14. Können Sie ohne Hilfe mit den Fingern kleinere Gegenstände wie einen Stift ergreifen und benutzen?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

IL.15. Können Sie harte Nahrungsmittel wie z.B. einen festen Apfel abbeißen und zerkauen?

Ja, ohne Schwierigkeiten.....	1
Ja, aber mit einigen Schwierigkeiten.....	2
Ja, aber mit großen Schwierigkeiten.....	3
Nein, überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

Die folgende Frage betrifft Ihr Gedächtnis.

IL.16. Haben Sie manchmal Schwierigkeiten, bestimmte Dinge zu behalten oder sich daran zu erinnern?

Nein, keine Schwierigkeiten.....	1
Ja, einige Schwierigkeiten.....	2
Ja, viele Schwierigkeiten.....	3
Ich kann das überhaupt nicht.....	4
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Aktivitäten in Zusammenhang mit den alltäglichen Bedürfnissen. Berücksichtigen Sie vorübergehende Schwierigkeiten nicht.

Hier eine Liste von Aktivitäten (Karte 4)

IL.17. Haben Sie gewöhnlich Schwierigkeiten, eine oder mehrere der folgenden Aktivitäten selbst auszuführen?

		Nein, keine Schwierigkeiten	Ja, einige Schwierigkeiten	Ja, viele Schwierigkeiten	Ich kann diese Aktivitäten nicht selbst ausführen	Weiß Nicht	Keine Antwort
01.	Sich ins Bett legen und aus dem Bett aufstehen	1	2	3	4	9	0
02.	Sich hinsetzen und vom Stuhl aufstehen	1	2	3	4	9	0
03.	Sich aus- und anziehen	1	2	3	4	9	0
04.	Baden oder duschen	1	2	3	4	9	0
05.	Sich Gesicht und Hände waschen	1	2	3	4	9	0
06.	Mit Messer und Gabel essen	1	2	3	4	9	0
07.	Die Toilette benutzen	1	2	3	4	9	0

Befrager: Wenn für mindestens eine der Aktivitäten der Fragen IL.17 die Antwort 2,3,4,9 oder 0 lautet, übergehen zu Frage IL. 18.

Wenn für alle Aktivitäten der Frage IL.17 die Antwort 1 lautet, übergehen zu Seite 17.

Denken Sie noch einmal an die folgenden Aktivitäten Ihres Alltags, die Sie mit Schwierigkeiten allein ausführen.

IL.18. Haben Sie in der Regel Hilfe?

Ja, für mindestens eine dieser Aktivitäten 1

Nein, ich führe alle diese Aktivitäten allein aus 2 ► IL.21.

Weiß nicht..... 9

Keine Antwort 0

IL.19. Wer hilft Ihnen in der Regel? (mehrere Antworten möglich)

Ja	Nein
1	2
1	2

01. Eine Fachkraft.....

02. Die Familie oder Freunde

Weiß nicht..... 9

Keine Antwort 0

IL.20. Haben Sie ausreichend Hilfe?

- Ja

1

 ▶ IL.22.
- Nein, für mindestens eine Aktivität nicht.....

2

 ▶ IL.22.
- Weiß nicht.....

9

 ▶ IL.22.
- Keine Antwort

0

 ▶ IL.22.

IL.21. Hätten Sie Hilfe nötig?

- Ja, für mindestens eine Aktivität.....

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.22. Bleiben Sie ständig im Bett, selbst wenn eine Person Ihnen beim Aufstehen helfen könnte?

- Ja

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.23. Sitzen Sie den ganzen Tag im Sessel (nicht im Rollstuhl), selbst wenn eine Person Ihnen beim Gehen helfen könnte?

- Ja

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.24. Bewegen Sie sich nur innerhalb Ihres Hauses, Appartements und Gartens?

- Ja

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

Nun beziehen wir uns auf alltägliche Aktivitäten im Haushalt. Auch hier berücksichtigen Sie vorübergehende Einschränkungen bitte nicht.

Hier eine Liste von Aktivitäten (Karte 5)

IL.25. Haben Sie gewöhnlich Schwierigkeiten, eine oder mehrere der folgenden Aktivitäten selbst auszuführen?

		Nein, keine Schwierigkeiten	Ja, einige Schwierigkeiten	Ja, viele Schwierigkeiten	Ich kann diese Aktivitäten nicht selbst ausführen	Weiß Nicht	Keine Antwort
01.	Mahlzeiten zubereiten	1	2	3	4	9	0
02.	Das Telefon benutzen	1	2	3	4	9	0
03.	Alle Einkäufe erledigen	1	2	3	4	9	0
04.	Wäsche waschen	1	2	3	4	9	0
05.	Leichte Hausarbeit verrichten	1	2	3	4	9	0
06.	Gelegentlich schwere Hausarbeit verrichten	1	2	3	4	9	0
07.	Finanzen und alltägliche administrative Vorgänge verwalten	1	2	3	4	9	0

***Befrager:** Wenn für mindestens eine der Aktivitäten der Frage IL.25 die Antwort 2,3,4,9 oder 0 lautet, übergehen zu Frage IL.26.*

Wenn für alle Aktivitäten der Frage IL.25 die Antwort 1 lautet, übergehen zum nächsten Modul.

IL.26. Warum haben Sie Schwierigkeiten, diese Aktivitäten durchzuführen?

- Vorwiegend wegen meines Gesundheitszustandes, wegen meiner körperlichen Einschränkungen oder wegen meines fortgeschrittenen Alters 1
- Vorwiegend aus anderen Gründen (ich habe nie versucht, es zu tun usw.) 2
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort 0

Denken Sie noch einmal an die folgenden Aktivitäten im Haushalt, die Sie mit Schwierigkeiten allein ausführen.

IL.27. Haben Sie in der Regel Hilfe?

- Ja, für mindestens eine dieser Aktivitäten

1

- Nein, ich führe alle diese Aktivitäten allein aus

2

 ▶ IL.30.
- Weiß nicht.....

9

 ▶ IL.30.
- Keine Antwort

0

 ▶ IL.30.

IL.28. Wer hilft Ihnen gewöhnlich? (mehrere Antworten möglich)

- | | Ja | Nein | |
|------------------------------------|--|------|---|
| 01. Eine Fachkraft..... | 1 | 2 | |
| 02. Die Familie oder Freunde | 1 | 2 | |
| Weiß nicht..... | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="text-align: center;">9</td></tr></table> | | 9 |
| 9 | | | |
| Keine Antwort | <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td style="text-align: center;">0</td></tr></table> | | 0 |
| 0 | | | |

IL.29. Haben Sie ausreichend Hilfe?

- Ja

1

 ▶ PI.01.
- Nein, für mindestens eine Aktivität nicht.....

2

 ▶ PI.01.
- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

IL.30. Hätten Sie Hilfe nötig?

- Ja, für mindestens eine Aktivität.....

1

- Nein.....

2

- Weiß nicht.....

9

- Keine Antwort

0

Schmerzen

Befrager: Wenn ein Stellvertreter die Antworten gibt, direkt übergehen zu GP.01.

Die folgenden Fragen betreffen alle körperlichen Schmerzen gleich welcher Art, die Sie eventuell innerhalb der letzten 4 Wochen hatten.

PI.01. Hatten Sie körperliche Schmerzen innerhalb der letzten 4 Wochen? Wie stark waren sie?

Keine.....	1	▶ GP.01.
Sehr schwach	2	
Schwach	3	
Mittel	4	
Stark.....	5	
Sehr stark	6	
Weiß nicht.....	9	
Keine Antwort	0	

PI.02. Wie sehr haben Ihre Schmerzen Sie in den letzten 4 Wochen bei Ihrer Arbeit oder Aktivitäten zu Hause beeinträchtigt?

Überhaupt nicht	1
Ein wenig	2
Mittelmäßig	3
Sehr	4
Sehr stark	5
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort	0

Kontakte mit einem Hausarzt

Folgende Fragen beziehen sich auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

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

Befrager: Unter einem festen Hausarzt oder einer festen Ärztepraxis versteht man einen Arzt oder eine Praxis, an die sich die befragte Person bei Gesundheitsproblemen gewöhnlich wendet.

Ja	1	▶ GP.03.
Nein.....	2	
Weiß nicht.....	9	▶ GP.03.
Keine Antwort	0	▶ GP.03.

GP.02. Können Sie uns sagen, weshalb Sie keinen festen Hausarzt oder feste Ärztepraxis haben?
(mehrere Antworten möglich)

Befrager: Zeigen Sie Karte 6.

	Ja	Nein
01. Ich bin nie krank.....	1	2
02. Ich bin oft lange Zeit abwesend	1	2
03. Ich suche je nach Problem verschiedene Hausärzte auf	1	2
04. Ich wende mich gewöhnlich direkt an einen Facharzt.....	1	2
05. Ich wende mich gewöhnlich direkt an die Notaufnahme	1	2
06. Andere Gründe, präzisieren Sie: _____	1	2
Weiß nicht.....	9	
Keine Antwort.....	0	

Die folgenden Fragen betreffen die Kontakte mit dem Hausarzt, die Sie für sich selbst hatten. Dazu zählen Besuche in der Arztpraxis, Hausbesuche und telefonische Ratschläge.

GP.03. Wann haben Sie zum letzten Mal Kontakt mit einem Hausarzt (Allgemeinmediziner) gehabt?

- Vor weniger als 12 Monaten.....

1

- Vor 12 Monaten oder mehr.....

2

 ▶ SP.01.
- nie

3

 ▶ SP.01.
- Weiß nicht.....

9

 ▶ SP.01.
- Keine Antwort

0

 ▶ SP.01.

GP.04. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ___ / ___ / ___ Kontakt zu einem Hausarzt (Allgemeinmediziner)?

--	--

 Mal (*Befrager: überhaupt nicht = 0*)

- Weiß nicht.....

99

- Keine Antwort

-1

Achtung: nun handelt es sich um die Kontakte zu einem Hausarzt in den **letzten 2 Monaten**.

GP.05. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 2 Monate, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ___ / ___ / ___ Kontakt zu einem Hausarzt?

--	--

 Mal (*Befrager: überhaupt nicht = 0 und ▶ SP.01.*)

- Weiß nicht.....

99

- Keine Antwort

-1

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Kontakte mit einem Hausarzt in den letzten 2 Monaten, angefangen bei dem letzten Kontakt.

Befrager: Achten Sie darauf, dass die angegebenen Kontakte **in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben.**

	GP.06.	GP.07.
	Wann fand der Kontakt statt?	Welcher war der Hauptgrund für den Kontakt?
1	<p style="text-align: center;">Letzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor ____ Tagen</p> <p>2. vor ____ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ► GP.09.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
2	<p style="text-align: center;">vorletzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor ____ Tagen</p> <p>2. vor ____ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ► GP.09.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
3	<p style="text-align: center;">Vor-vorletzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor ____ Tagen</p> <p>2. vor ____ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ► GP.09.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>

	GP.08.	GP.09.	GP.10.
	<p>Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme, die der Grund für den Kontakt waren.</p> <p>Berücksichtigen Sie auch Störungen der mentalen Gesundheit oder soziale Probleme.</p>	<p>Welcher war dieser andere Grund?</p>	<p>In welchem Rahmen fand der Kontakt statt?</p>
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht ▶ GP.10.</p> <p>0. keine Antwort ▶ GP.10.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. Sprechstunde beim Arzt</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. telefonischer Ratschlag</p> <p>4. Andere, präzisieren::</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht ▶ GP.10.</p> <p>0. keine Antwort ▶ GP.10.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. Sprechstunde beim Arzt</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. telefonischer Ratschlag</p> <p>4. Andere, präzisieren::</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ GP.10.</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht ▶ GP.10.</p> <p>0. keine Antwort ▶ GP.10.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. Sprechstunde beim Arzt</p> <p>2. Hausbesuch</p> <p>3. telefonischer Ratschlag</p> <p>4. Andere, präzisieren::</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>

Kontakte mit einem Facharzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kontakte, die Sie für sich selbst mit einem Facharzt hatten. Dazu zählen Arztbesuche in einer Poliklinik, aber auch telefonische Ratschläge.

Kontakte mit einem Facharzt im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts oder Aufenthalts in der Tagesklinik werden hier nicht gezählt.

Befrager: Hier folgende Kontakte ebenfalls nicht berücksichtigen:

- Kontakte im Rahmen einer Notaufnahme;
- Kontakte mit einem Kinderarzt bei den Vorsorgeuntersuchungen des Dienstes für Kind und Familie

SP.01. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie einen Facharzt wirklich hätten aufsuchen müssen, es aber nicht getan haben?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Ja, wenigstens einmal | 1 | |
| Nein, das ist nicht vorgekommen | 2 | ▶ SP.03. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ SP.03. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ SP.03. |

SP.02. Aus welchem Grund haben Sie letztendlich den Facharzt nicht aufgesucht?

Befrager: Zeigen Sie Karte 7.

- | | | |
|---|---|--|
| Ich hatte die finanziellen Mittel nicht (zu teuer oder nicht von der Krankenkasse oder einer Versicherung bezahlt) | 1 | |
| Es gab eine Warteliste oder ich hatte nicht das notwendige Dokument, um an einen Facharzt verwiesen zu werden..... | 2 | |
| Ich hatte keine Zeit, wegen meiner Arbeit oder weil ich mich um meine Kinder oder andere Personen kümmern musste..... | 3 | |
| Fortbewegungsproblem / keine Transportmöglichkeit..... | 4 | |
| Angst vor dem Arzt, dem Krankenhaus, den Untersuchungen, den Behandlungen..... | 5 | |
| Ich habe es vorgezogen abzuwarten, ob das Problem sich nicht von allein löst | 6 | |
| Ich kannte keinen guten Facharzt | 7 | |
| Anderer Grund, präzisieren Sie: _____ | 8 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

SP.03. Wann haben Sie zum letzten Mal Kontakt mit einem Facharzt gehabt?

- | | | |
|---------------------------------|---|----------|
| Vor weniger als 12 Monaten..... | 1 | |
| Vor 12 Monaten oder mehr..... | 2 | ▶ DE.01. |
| Nie | 3 | ▶ DE.01. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ DE.01. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ DE.01. |

SP.04. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ Kontakt zu einem Facharzt?

Mal (Befrager: überhaupt nicht= 0)

- | | |
|---------------------|----|
| Weiß nicht..... | 99 |
| Keine Antwort | -1 |

Es geht nun um die Kontakte mit einem Facharzt in den letzten 2 Monaten.

SP.05. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 2 Monate, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ Kontakt zu einem Facharzt?

Mal (Befrager: überhaupt nicht= 0 ▶ DE.01.)

- | | |
|---------------------|----|
| Weiß nicht..... | 99 |
| Keine Antwort | -1 |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Kontakte mit einem Hausarzt in den letzten 2 Monaten, angefangen bei dem letzten Kontakt.

	SP.06.	SP.07.	SP.08.
	<p>Wann fand der Kontakt statt?</p>	<p>Um welche Art Facharzt handelte es sich?</p> <p><i>Befrager: Zeigen Sie Karte 8. Notieren Sie die Nummer des Facharztes.</i></p>	<p>Welcher war der Hauptgrund für den Kontakt?</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>0. keine Antwort</p>	<p style="text-align: center;">□ □</p> <p><i>Befrager: Wenn die Fachrichtung des Spezialisten nicht auf der Liste steht, notieren Sie diese bitte in Großbuchstaben</i></p> <p>.....</p> <p>99. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ▶ SP.10.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. 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>0. keine Antwort</p>	<p style="text-align: center;">□ □</p> <p><i>Befrager: Wenn die Fachrichtung des Spezialisten nicht auf der Liste steht, notieren Sie diese bitte in Großbuchstaben</i></p> <p>.....</p> <p>99. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ▶ SP.10.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
3	<p>Vor-vorletzter Kontakt</p> <p>am ___ / ___ / ___</p> <p>1. vor___ Tagen</p> <p>2. vor___ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p style="text-align: center;">□ □</p> <p><i>Befrager: Wenn die Fachrichtung des Spezialisten nicht auf der Liste steht, notieren Sie diese bitte in Großbuchstaben</i></p> <p>.....</p> <p>99. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. eine oder mehrere <u>neu aufgetretene</u> Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>2. Kontrolle oder Erneuerung einer Verschreibung für eine <u>bekannte</u> Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem</p> <p>3. Sie hatten keine Krankheit, Beschwerde oder Gesundheitsproblem, haben Ihren Arzt aber aus einem anderen Grund konsultiert ▶ SP.10.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>

Befrager: Achten Sie darauf, dass die angegebenen Kontakte **in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben.**

	SP.09.	SP.10.	SP.11.	SP.12.
	<p>Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme, die der Grund für den Kontakt waren.</p> <p>Berücksichtigen Sie auch Störungen der mentalen Gesundheit oder soziale Probleme.</p>	<p>Welcher war dieser andere Grund?</p>	<p>Als Sie den Facharzt aus diesem Grund aufgesucht haben, handelte es sich um das erste Mal oder um eine Kontroll-Untersuchung?</p>	<p>Wer ergriff die Initiative, mit diesem Facharzt Kontakt aufzunehmen?</p>
1	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ SP.11.</p> <p>9. weiß nicht ▶ SP.11.</p> <p>0. keine Antwort ▶ SP.11.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>.....</p>	<p>1. erster Kontakt</p> <p>2. Kontrolluntersuchung ▶ nächster Kontakt ▶ oder DE.01.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil / Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt</p> <p>3. ein anderer Facharzt</p> <p>4. ein Dienst der Vorbeugenden Medizin (DKF, Dienst der Schulgesundheitsvorsorge, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. ich wurde selbst vom Facharzt kontaktiert</p> <p>6. jemand, der nicht Arzt ist, präzisieren Sie:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
2	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ SP.11.</p> <p>9. weiß nicht ▶ SP.11.</p> <p>0. keine Antwort ▶ SP.11.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>.....</p>	<p>1. erster Kontakt</p> <p>2. Kontrolluntersuchung ▶ nächster Kontakt ▶ oder DE.01.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil / Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt</p> <p>3. ein anderer Facharzt</p> <p>4. ein Dienst der Vorbeugenden Medizin (DKF, Dienst der Schulgesundheitsvorsorge, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. ich wurde selbst vom Facharzt kontaktiert</p> <p>6. jemand, der nicht Arzt ist, präzisieren Sie:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
3	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>..... ▶ SP.11.</p> <p>9. weiß nicht ▶ SP.11.</p> <p>0. keine Antwort ▶ SP.11.</p>	<p>1. vorbeugende Kontrolle, ohne Beschwerden oder Krankheit</p> <p>2. Impfung</p> <p>3. Verschreibung der Pille</p> <p>4. Administrativer Grund, z.B. Ausstellen einer Gesundheitsbescheinigung</p> <p>5. Andere, präzisieren:</p> <p>.....</p>	<p>1. erster Kontakt</p> <p>2. Kontrolluntersuchung ▶ nächster Kontakt ▶ oder DE.01.</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil / Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt</p> <p>3. ein anderer Facharzt</p> <p>4. ein Dienst der Vorbeugenden Medizin (DKF, Dienst der Schulgesundheitsvorsorge, Arbeitsmediziner oder anderer)</p> <p>5. ich wurde selbst vom Facharzt kontaktiert</p> <p>6. jemand, der nicht Arzt ist, präzisieren Sie:</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>

Kontakte mit einem Zahnarzt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Zähne und die Versorgung durch einen Zahnarzt.

Befrager: Wenn die befragte Person jünger ist als 15 Jahre, direkt übergehen zu DE.05.

Zunächst möchte ich Ihnen einige Fragen zum Zustand Ihrer Zähne stellen.

DE.01. Haben Sie noch Ihre eigenen Zähne? (wenigstens einen)

Ja	1
Nein.....	2
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort	0

DE.02. Tragen Sie eine herausnehmbare Zahnprothese?

Ja	1	
Nein.....	2	▶ DE.04.
Weiß nicht.....	9	
Keine Antwort	0	

DE.03. Handelt es sich um eine...

Vollprothese?.....	1
Teilprothese?	2
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort	0

DE.04. Tragen Sie eine feste Prothese?

Ja	1
Nein.....	2
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort	0

DE.05. Wie oft putzen Sie sich gewöhnlich die Zähne?

Mehr als zweimal am Tag.....	1
zweimal am Tag.....	2
einmal am Tag.....	3
Weniger als einmal am Tag.....	4
nie.....	5
Weiß nicht.....	9
Keine Antwort.....	0

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Kontakte, die Sie für sich selbst mit einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen Spezialisten für Zahngesundheit hatten.

DE.06. Wann haben Sie zum letzten Mal Kontakt mit einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden gehabt?

Vor weniger als 6 Monaten.....	1	
Vor 6 Monaten oder mehr, aber weniger als 12 Monaten.....	2	▶ ED.01.
Vor 12 Monaten oder mehr.....	3	▶ ED.01.
nie.....	4	▶ ED.01.
Weiß nicht.....	9	▶ ED.01.
Keine Antwort.....	0	▶ ED.01.

DE.07. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 2 Monate, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ Kontakt zu einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden?

mal (*Befrager: überhaupt nicht= 0 und ▶ ED.01.*)

Weiß nicht.....	99
Keine Antwort.....	-1

DE.08. Wie oft hatten Sie innerhalb der letzten 4 Wochen, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ Kontakt zu einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden?

mal (Befrager: überhaupt nicht = 0)

Weiß nicht

99
-1

Keine Antwort

Kontakt mit der Notaufnahme eines Krankenhauses

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Kontakte mit dem Krankenhaus.

Wir beginnen mit den Kontakten, bei denen Sie für sich selbst die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht haben.

Berücksichtigen Sie hier nicht die Male, in denen auf den Besuch der Notaufnahme ein Krankenhausaufenthalt (auch nicht für eine einzige Nacht) folgte. Diese Kontakte werden im Modul "Krankenhausaufenthalte" abgefragt.

ED.01. Wann haben Sie zum letzten Mal die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

- | | | |
|---------------------------------|---|----------|
| Vor weniger als 12 Monaten..... | 1 | |
| Vor 12 Monaten oder mehr..... | 2 | ▶ HO.01. |
| nie | 3 | ▶ HO.01. |
| Weiß nicht | 9 | ▶ HO.01. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ HO.01. |

ED.02. Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 4 Wochen, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

mal (*Befrager: überhaupt nicht = 0*)

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Weiß nicht | 99 | |
| Keine Antwort | -1 | |

Es handelt sich nun um die Kontakte zu einer Notaufnahme **innerhalb der letzten 2 Monate**.

ED.03. Wie oft haben Sie innerhalb der letzten 2 Monate, die gestern zu Ende gingen, also seit dem ____ / ____ / ____ die Notaufnahme eines Krankenhauses aufgesucht?

mal (*Befrager: überhaupt nicht = 0*)

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Weiß nicht | 99 | |
| Keine Antwort | -1 | |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Kontakte mit einer Notaufnahme in den letzten 2 Monaten, angefangen bei dem letzten Kontakt.

Befrager: Achten Sie darauf, dass die angegebenen Kontakte **in den letzten 2 Monaten stattgefunden haben**.

	ED.04. Wann fand der Kontakt statt?	ED.05. Beschreiben Sie die Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme, die der Grund für den Kontakt waren. Berücksichtigen Sie auch Störungen der mentalen Gesundheit oder soziale Probleme	ED.06. Wer ergriff die Initiative, eine Notaufnahme aufzusuchen?
1	<p style="text-align: center;">Letzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor__ Tagen</p> <p>2. vor__ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. keine Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil/Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt ► ED.08.</p> <p>3. ein Facharzt ► ED.08.</p> <p>4. jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. weiß nicht ► ED.08.</p> <p>0. keine Antwort ► ED.08.</p>
2	<p style="text-align: center;">vorletzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor__ Tagen</p> <p>2. vor__ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. keine Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil/Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt ► ED.08.</p> <p>3. ein Facharzt ► ED.08.</p> <p>4. jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. weiß nicht ► ED.08.</p> <p>0. keine Antwort ► ED.08.</p>
3	<p style="text-align: center;">Vor-vorletzter Kontakt</p> <p>am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor__ Tagen</p> <p>2. vor__ Wochen</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>8. keine Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheitsprobleme</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>	<p>1. ich selbst (oder Elternteil/Vormund im Fall eines Kindes)</p> <p>2. ein Hausarzt ► ED.08.</p> <p>3. ein Facharzt ► ED.08.</p> <p>4. jemand, der nicht Arzt ist</p> <p>9. weiß nicht ► ED.08.</p> <p>0. keine Antwort ► ED.08.</p>

	ED.07.			ED.08.
	Warum haben Sie es vorgezogen, eher die Notaufnahme aufzusuchen als einen Hausarzt oder Facharzt?			Wann fand der Kontakt statt?
	<i>(mehrere Antworten möglich)</i>			
	<i>Befrager: Zeigen Sie Karte 9.</i>			
1		ja	nein	
	01. Die Notaufnahme ist 24 / 24 Stunden geöffnet	1	2	
	02. Alle Zusatzuntersuchungen können dort gleich vorgenommen werden	1	2	1. wochentags, tagsüber
	03. die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden	1	2	2. wochentags, nachts
	04. bessere Behandlung	1	2	3. am Wochenende, tagsüber
	05. es handelte sich um ein dringendes und/oder ernstes Problem	1	2	4. am Wochenende, nachts
	06. weil es ein Krankenhaus mit einer Notaufnahme in meiner Nähe gibt.....	1	2	
	07. anderer Grund, präzisieren: _____	1	2	
	weiß nicht	9		9. weiß nicht
keine Antwort	0		0. keine Antwort	
2		ja	nein	
	01 Die Notaufnahme ist 24 / 24 Stunden geöffnet	1	2	
	02 Alle Zusatzuntersuchungen können dort gleich vorgenommen werden	1	2	1. wochentags, tagsüber
	03 die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden	1	2	2. wochentags, nachts
	04 bessere Behandlung	1	2	3. am Wochenende, tagsüber
	05 es handelte sich um ein dringendes und/oder ernstes Problem	1	2	4. am Wochenende, nachts
	06 weil es ein Krankenhaus mit einer Notaufnahme in meiner Nähe gibt.....	1	2	
	07 anderer Grund, präzisieren: _____	1	2	
	weiß nicht	9		9. weiß nicht
keine Antwort	0		0. keine Antwort	
3		ja	nein	
	01 Die Notaufnahme ist 24 / 24 Stunden geöffnet	1	2	
	02 Alle Zusatzuntersuchungen können dort gleich vorgenommen werden	1	2	1. wochentags, tagsüber
	03 die Untersuchung muss nicht sofort bezahlt werden	1	2	2. wochentags, nachts
	04 bessere Behandlung	1	2	3. am Wochenende, tagsüber
	05 es handelte sich um ein dringendes und/oder ernstes Problem	1	2	4. am Wochenende, nachts
	06 weil es ein Krankenhaus mit einer Notaufnahme in meiner Nähe gibt.....	1	2	
	07 anderer Grund, präzisieren: _____	1	2	
	weiß nicht	9		9. weiß nicht
keine Antwort	0		0. keine Antwort	

Krankenhausaufenthalt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Aufnahme in ein Krankenhaus.

Alle Arten von Krankeneinrichtungen zählen dazu.

Berücksichtigen Sie aber nicht das Aufsuchen einer Notaufnahme oder das Aufsuchen eines Krankenhauses als externer Patient, also für ambulante Behandlungen.

Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung zählen ebenfalls.

Krankenhausaufenthalt von wenigstens einer Nacht

Wir beginnen mit einigen Fragen zu Krankenhausaufenthalten, **bei denen Sie nachts im Krankenhaus bleiben mussten.**

HO.01. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate, also seit dem ____ / ____ / ____ wenigstens eine Nacht in einem Krankenhaus gelegen?

- | | | |
|---------------------|----------|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ HO.07. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ HO.07. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ HO.07. |

HO.02. Wie oft?

		mal
--	--	-----

- | | | |
|---------------------|-----------|--|
| Weiß nicht..... | 99 | |
| Keine Antwort | 0 | |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten, angefangen beim letzten Aufenthalt.

*Befrager: Achten Sie darauf, dass die Krankenhausaufenthalte in den **letzten 12 Monaten** stattgefunden haben.*

	HO.03.	HO.04.	HO.05.	HO.06.
	<p>Wann erfolgte der Krankenhausaufenthalt? (Datum des Aufnahmetages)</p>	<p>Handelte es sich um ein psychiatrisches Krankenhaus oder die Psychiatrieabteilung eines allgemeinen Krankenhauses?</p>	<p>Wie viele Nächte haben Sie im Krankenhaus verbracht?</p>	<p>Beschreiben Sie die Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, die den Krankenhausaufenthalt rechtfertigten. Berücksichtigen Sie auch Störungen der mentalen Gesundheit oder soziale Probleme.</p>
1	<p>Letzter Krankenhausaufenthalt Am ____ / ____ / ____</p> <p>1. vor__ Tagen 2. vor__ Wochen 3. vor__ Monaten 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. ja, ein psychiatrisches Krankenhaus 2. Ja, die Psychiatrieabteilung eines allgemeinen Krankenhauses 3. Nein 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. Nächte 2. Krankenhausaufenthalt dauert noch an 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>..... 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>
2	<p>vorletzter Krankenhausaufenthalt Am ____ / ____ / ____</p> <p>4. vor__ Tagen 5. vor__ Wochen 6. vor__ Monaten 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. ja, ein psychiatrisches Krankenhaus 2. Ja, die Psychiatrieabteilung eines allgemeinen Krankenhauses 3. Nein 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. Nächte 2. Krankenhausaufenthalt dauert noch an 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>..... 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>
3	<p>Vor-vorletzter Krankenhausaufenthalt Am ____ / ____ / ____</p> <p>7. vor__ Tagen 8. vor__ Wochen 9. vor__ Monaten 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. ja, ein psychiatrisches Krankenhaus 2. Ja, die Psychiatrieabteilung eines allgemeinen Krankenhauses 3. Nein 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>1. Nächte 2. Krankenhausaufenthalt dauert noch an 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>	<p>..... 9. weiß nicht 0. keine Antwort</p>

Aufenthalt in einer Tagesklinik

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Aufenthalte in einer Tagesklinik.

HO.07. Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate, d.h. seit dem ____ / ____ / ____ in eine Tagesklinik aufgenommen, also ein Krankenhausaufenthalt, bei dem Sie ein Zimmer und ein Bett erhielten, aber am gleichen Tag nach Hause gehen konnten?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ HO.11. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ HO.11. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ HO.11. |

HO.08. Wie oft?

--	--

 mal

- | | |
|---------------------|----|
| Weiß nicht..... | 99 |
| Keine Antwort | 0 |

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die letzten 3 Aufenthalte in einer Tagesklinik in den letzten 12 Monaten, beginnend beim letzten Aufenthalt.

Befrager: Achten Sie darauf, dass die angegebenen Aufenthalte in der Tagesklinik in den **letzten 12 Monaten** stattgefunden haben.

	HO.09.	HO.10.
	<p>Wann erfolgte der Klinikaufenthalt? (Datum des Aufnahmetages)</p>	<p>Beschreiben Sie die Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, die den Krankenhausaufenthalt rechtfertigten.</p> <p>Berücksichtigen Sie auch Störungen der mentalen Gesundheit oder soziale Probleme.</p>
1	<p style="text-align: center;">Letzter Aufenthalt</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>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
2	<p style="text-align: center;">vorletzter Aufenthalt</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>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>
3	<p style="text-align: center;">Vor-vorletzter Aufenthalt</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>0. keine Antwort</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>9. weiß nicht</p> <p>0. keine Antwort</p>

Die folgenden Fragen betreffen sowohl die Aufenthalte in einer Tagesklinik als auch die Aufenthalte, bei denen Sie eine Nacht im Krankenhaus verbracht haben.

HO.11. Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ein Arzt der Meinung war, Sie müssten wirklich in ein Krankenhaus aufgenommen werden, dass Sie aber letztendlich nicht im Krankenhaus waren?

- | | | |
|---------------------------------------|---|----------|
| Ja, mindestens einmal | 1 | |
| Nein, das ist nicht vorgekommen | 2 | ▶ OH.01. |
| Weiß nicht | 9 | ▶ OH.01. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ OH.01. |

HO.12. Welcher war der Hauptgrund dafür, dass Sie nicht im Krankenhaus waren?

Befrager: Zeigen Sie Karte 10.

- | | |
|--|---|
| Ich hatte die finanziellen Mittel nicht (zu teuer oder nicht von der Krankenkasse oder einer Versicherung bezahlt) | 1 |
| Warteliste, anderer Grund in Zusammenhang mit dem Krankenhaus | 2 |
| Ich hatte keine Zeit, wegen meiner Arbeit oder weil ich mich um meine Kinder oder andere Personen kümmern musste | 3 |
| Krankenhaus zu weit entfernt / keine Transportmöglichkeit | 4 |
| Aus Angst vor der Operation / der Behandlung | 5 |
| Aus einem anderen Grund, präzisieren Sie: _____ | 6 |
| Weiß nicht | 9 |
| Keine Antwort | 0 |

Kontakte mit anderen Gesundheitseinrichtungen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Kontakte, die Sie für sich selbst zu anderen Fachkräften des Gesundheitssektors hatten, zu Diensten der vorbeugenden Medizin und Sozialdiensten.

OH.01. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem ___ / ___ / ___, folgende Fachkräfte oder Dienste aufgesucht?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Medizinisches Labor, Röntgenzentrum oder Zentrum für bildgebende Verfahren?	1	2	9	0
02. Kinesitherapeut/-in	1	2	9	0
03. Krankenpflegerin/Geburtsshelferin oder Hebamme (<u>außerhalb eines Krankenhausaufenthalts, außerhalb einer Hauskrankenpflege, außerhalb eines medizinischen Labors, Röntgenzentrums oder Zentrums für bildgebende Verfahren</u>)	1	2	9	0
04. Diätassistent(in)	1	2	9	0
05. Logopäde/Logopädin	1	2	9	0
06. Ergotherapeut/-in	1	2	9	0
07. Psychologe/-in oder Psychotherapeut/-in	1	2	9	0
08. Andere Gesundheitsfachkraft Präzisieren Sie: _____	1	2	9	0

OH.02. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem ___ / ___ / ___, eine der folgenden Fachkräfte aufgesucht?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Homöopath?	1	2	9	0
02. Akupunkteur/-in?	1	2	9	0
03. Phytotherapeut/Kräuterkundler(-in)?	1	2	9	0
04. Chiropraktiker/-in?	1	2	9	0
05. Jemanden, der manuelle Therapie praktiziert	1	2	9	0
06. Osteopath/-in?	1	2	9	0
07. Andere Person, die Alternativmedizin praktiziert? Präzisieren Sie : _____	1	2	9	0

OH.03. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem ____/____/____, einen der folgenden Dienste in Anspruch genommen?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Heimkrankenpflege durch eine Krankenpflegerin, Geburtshelferin oder Hebamme	1	2	9	0
<i>Befrager: Wenn JA, stellen Sie die folgenden Fragen:</i>	←			
01.01. Wurde dieser Dienst von Ihnen komplett aus eigener Tasche bezahlt?	1	2	9	0
02. Dienst der häuslichen Versorgung (Familienhilfe oder Seniorenhilfe)	1	2	9	0
<i>Befrager: Wenn JA, stellen Sie die folgenden Fragen:</i>	←			
02.01. Wurde der Dienst über Dienstleistungsschecks bezahlt?	1	2	9	0
02.02. Handelte es sich um einen privaten Dienst, der von Ihnen komplett aus eigene Tasche bezahlt wurde?	1	2	9	0
03. Lieferung von warmen Mahlzeiten (Essen auf Rädern)	1	2	9	0
04. Transportdienst	1	2	9	0
05. Anderer Dienst der Häuslichen Versorgung Präzisieren Sie: _____	1	2	9	0

OH.04. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, also seit dem ____/____/____, Kontakt zu einem der folgenden Dienste gehabt?

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. ONE oder Dienst für Kind und Familie	1	2	9	0
02. Dienst der Schulgesundheitsvorsorge	1	2	9	0
03. Arbeitsmedizin	1	2	9	0
04. ÖSHZ	1	2	9	0
05. Sozial-psychologisches Zentrum	1	2	9	0
06. Zentrum für Familienplanung oder Eheberatung	1	2	9	0
07. Anderer Dienst der sozialen oder mentalen Unterstützung Präzisieren Sie: _____	1	2	9	0

Medikamentenkonsum

Medikamente, die innerhalb der letzten 2 Wochen genommen wurden

Ich möchte Sie nun zu Ihrem Konsum von Medikamenten oder Nahrungsergänzungsmitteln befragen. Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Medikamente, die Sie **in den letzten 2 Wochen** eingenommen haben. Berücksichtigen Sie auch Medikamente auf pflanzlicher Basis oder Vitamine, Frauen führen auch Verhütungsmittel oder andere Hormone auf.

DR.01. Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die von einem Arzt verschrieben oder empfohlen wurden?

Ja	1	
Nein.....	2	▶ DR.03.
Weiß nicht.....	9	▶ DR.03.
Keine Antwort	0	▶ DR.03.

DR.02. Was sollten diese Medikamente behandeln?

Befrager: Stellen Sie die Frage und umkreisen Sie den Kode der Antwort für jeden Punkt von 01 bis 16.

<i>(mehrere Antworten möglich)</i>	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Asthma	1	2	9	0
02. Chronische Bronchitis, chronisch-obstruktive Bronchopneumopathie, Emphysem	1	2	9	0
03. Arterieller Bluthochdruck	1	2	9	0
04. Zu hoher Cholesterinwert im Blut	1	2	9	0
05. Andere Herz-Kreislauf-Erkrankung wie Schlaganfall, Hirnblutung oder Herzinfarkt	1	2	9	0
06. Gelenkschmerzen (Arthrose, Arthritis)	1	2	9	0
07. Nacken- oder Rückenschmerzen	1	2	9	0
08. Kopfschmerzen oder Migräne	1	2	9	0
09. Andere Schmerzen	1	2	9	0
10. Diabetes	1	2	9	0
11. Allergiesymptome (Ekzem, allergischer Schnupfen, Heuschnupfen)	1	2	9	0
12. Magenbeschwerden	1	2	9	0
13. Krebs (Chemotherapie)	1	2	9	0
14. Depressionen	1	2	9	0
15. Nervosität oder Angstzustände	1	2	9	0
16. Vorbeugung von Osteoporose	1	2	9	0

Haben Sie noch andere Medikamente eingenommen, die Ihnen verschrieben wurden?

Befrager: Stellen Sie die Frage und umkreisen Sie den Kode der Antwort für jeden Punkt von 17 bis 21.

	Ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
17. Schlafmittel	1	2	9	0
18. Antibiotika	1	2	9	0
19. <i>(Für Frauen):</i> Verhütungsmittel wie die Pille, Verhütungsspritzen, Patches...	1	2	9	0
20. <i>(Für Frauen):</i> Hormone für die Menopause (Wechseljahre)	1	2	9	0
21. Andere von einem Arzt verschriebene Medikamente Wenn ja: welche Art Medikament(e)? _____	1	2	9	0

DR.03. Haben Sie in den letzten 2 Wochen, Produkte (Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Heilpflanzen oder Vitamine) eingenommen, die nicht von einem Arzt verschrieben oder empfohlen wurden?

Ja 1

Nein..... 2 ▶ p. 43.

Weiß nicht..... 9 ▶ p. 43.

Keine Antwort 0 ▶ p. 43.

DR.04. Was sollten diese Medikamente behandeln?

Befrager: Stellen Sie die Frage und umkreisen Sie den Kode der Antwort für jeden Punkt von 01 bis 10.

	ja	Nein	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Gelenkschmerzen (Arthrose, Arthritis)	1	2	9	0
02. Kopfschmerzen oder Migräne	1	2	9	0
03. Andere Schmerzen	1	2	9	0
04. Schnupfen, Grippe, Halsschmerzen	1	2	9	0
05. Allergiesymptome (Ekzem, allergischer Schnupfen, Heuschnupfen)	1	2	9	0
06. Magenbeschwerden	1	2	9	0
07. Nervosität oder Angstzustände	1	2	9	0
08. Oder handelte es sich um Schlafmittel?	1	2	9	0
09. Oder um Vitamine, Mineralien oder Stärkungsmittel?	1	2	9	0
10. Oder um andere Produkte, Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, präzisieren Sie: _____	1	2	9	0

Medikamente, die in den letzten 24 Stunden eingenommen wurden

Befrager: Wenn die antwortende Person in den letzten 2 Wochen keine Medikamente eingenommen hat (Antworten auf Fragen DR.01 und DR.03 = "Nein"), übergehen zu Frage PS.01.

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Medikamente, die Sie derzeit einnehmen. Es geht wieder um alle Arten von Medikamenten, und diesmal sowohl um **verschriebene** als auch **nicht verschriebene Medikamente**.

DR.05. Haben Sie in den letzten 24 Stunden, also seit gestern _____ Uhr, Medikamente eingenommen?

- | | | |
|---------------------|----------|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ PS.01. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ PS.01. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ PS.01. |

Befrager: *Bitten Sie die befragte Person, Ihnen die Medikamente zu zeigen, die sie in den letzten 24 Stunden eingenommen hat, wenn möglich mit der Schachtel. Prüfen Sie für jedes Medikament, ob ein Strichcode auf der Schachtel ist. Unterhalb des Strichcodes stehen Zahlen.*

In den meisten Fällen handelt es sich um 4 Ziffern, einen Bindestrich und 3 weitere Ziffern (z.B.1258-514). Es handelt sich dabei um den "CNK-Code". Bei anderen Medikamenten finden Sie einen Code, der sich aus mehr Ziffern zusammensetzt. In diesem Fall entspricht der CNK-Code der ersten 7 Ziffern der Zahlenreihe.

Für die Antworten auf DR.06 und DR.07 notieren Sie bitte den Namen und den CNK-Code der Medikamente, welche die befragte Person in den letzten 24 Stunden eingenommen hat. Stellen Sie für jedes Medikament auch die Fragen DR.08 bis DR.09.

Befrager: Denken Sie an die Fragen DR.08 und DR.09 auf der gegenüberliegenden Seite – für jedes Medikament!

	DR.06.	DR.07.
	Name des Medikaments (IN GROSSBUCHSTABEN)	CNK-Code
	<i>Befr.: bei fehlendem Namen eine der Optionen umkreisen (8, 9, 0)</i>	<i>Befr.: bei fehlendem Code eine der Optionen umkreisen (99, 9, 0)</i>
01	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
02	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
03	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
04	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
05	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
06	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
07	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
08	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
09	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
10	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
11	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
12	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA
13	8. Präparat 9. WN 0. KA	<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 0. KA

NB: WN = weiß nicht; KA =keine Antwort

	DR.08.	DR.09.
	Handelt es sich um ein Medikament zur innerlichen Anwendung (wie Tabletten, ein Spray, ein Sirup, eine Spritze) oder zur äußerlichen Anwendung (Salbe, Tropfen)?	Beschreiben Sie die Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, deretwegen Sie dieses Medikament eingenommen haben.
01	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
02	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
03	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
04	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
05	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
06	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
07	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
08	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
09	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
10	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
11	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
12	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
13	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA

NB: WN = weiß nicht; KA =keine Antwort

Befrager: Denken Sie an die Fragen DR.08 und DR.09 auf der gegenüberliegenden Seite – für jedes Medikament!

	DR.06.	DR.07.
	Name des Medikaments (IN GROSSBUCHSTABEN)	CNK-Code
	<i>Befr.: bei fehlendem Namen eine der Optionen umkreisen (8 , 9, 0)</i>	<i>Befr.: bei fehlendem Code eine der Optionen umkreisen (99, 9 , 0)</i>
14	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
15	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
16	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
17	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
18	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
19	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
20	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
21	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
22	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
23	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
24	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
25	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA
26	8. Präparat 9. WN 0. 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 0. KA

NB: WN = weiß nicht; KA =keine Antwort

	DR.08.	DR.09.
	Handelt es sich um ein Medikament zur innerlichen Anwendung (wie Tabletten, ein Spray, ein Sirup, eine Spritze) oder zur äußerlichen Anwendung (Salbe, Tropfen)?	Beschreiben Sie die Beschwerden, Krankheiten oder Gesundheitsprobleme, deretwegen Sie dieses Medikament eingenommen haben.
14	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
15	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
16	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
17	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
18	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
19	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
20	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
21	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
22	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
23	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
24	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
25	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA
26	1. innerl. Anw. <input type="checkbox"/> 2. äußerl. Anw. <input type="checkbox"/> 9. WN 0. KA	9. WN 0. KA

NB: WN = weiß nicht; KA = keine Antwort

Patientenzufriedenheit

Befrager: Diese Frage kann einem Stellvertreter nicht gestellt werden.

Zeigen Sie Karte 11.

PS.01. Wie zufrieden sind Sie mit den Dienstleistungen folgender Einrichtungen aus dem Gesundheitssektor in Belgien?

		Sehr zufrieden	Mehr oder weniger zufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Mehr oder weniger unzufrieden	Sehr unzufrieden	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Krankenhäuser (auch Notaufnahmedienste)	1	2	3	4	5	9	0
02.	Zahnärzte, Kieferorthopäden und andere Spezialisten für Zahngesundheit	1	2	3	4	5	9	0
03.	Fachärzte	1	2	3	4	5	9	0
04.	Allgemeinmediziner oder Hausärzte	1	2	3	4	5	9	0
05.	Dienste der Heimpflege	1	2	3	4	5	9	0

Impfungen

Schutzimpfung gegen Tetanus (Wundstarrkrampf)

VA.01. Sind Sie schon gegen Tetanus geimpft oder nachgeimpft worden?

- | | | |
|---|----------|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ VA.03. |
| Ich weiß nicht worum es sich handelt..... | 3 | ▶ VA.03. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ VA.03. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ VA.03. |

VA.02. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Tetanus geimpft?

- | | | |
|--------------------------------|----------|--|
| Vor weniger als 10 Jahren..... | 1 | |
| Vor 10 Jahren oder mehr..... | 2 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

Schutzimpfung gegen Hepatitis B

Befrager: Versuchen Sie, im Impfpass nachzusehen. Die Handelsnamen für Impfstoffe gegen Hepatitis (HB) sind: Engerix B®, HB Vax Pro®, Fendrix®, Twinrix® oder Infanrix-Hexa®.

VA.03. Sind Sie schon gegen Hepatitis B (eine Forme der Gelbsucht) geimpft worden?

- | | | |
|---|----------|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ VA.05. |
| Ich weiß nicht worum es sich handelt..... | 3 | ▶ VA.05. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ VA.05. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ VA.05. |

VA.04. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Hepatitis B geimpft?

- | | | |
|--------------------------------|----------|--|
| Vor weniger als 10 Jahren..... | 1 | |
| Vor 10 Jahren oder mehr..... | 2 | |
| Weiß nicht..... | 9 | |
| Keine Antwort | 0 | |

Schutzimpfung gegen Grippe

VA.05. Sind Sie schon gegen Grippe geimpft worden?

- Ja 1
- Nein..... 2 ▶ VA.07.
- Ich weiß nicht worum es sich handelt..... 3 ▶ VA.07.
- Weiß nicht..... 9 ▶ VA.07.
- Keine Antwort 0 ▶ VA.07.

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

Befrager: Tragen Sie 99 ein wenn der Monat unbekannt ist, 9999 wenn das Jahr unbekannt ist.

Monat: Jahr:

- Keine Antwort 0

Schutzimpfung gegen Pneumokokken

Befrager: Versuchen Sie, im Impfpass nachzusehen. Der Handelsname des Impfstoffs gegen Pneumokokken lautet Pneumo 23®.

VA.07. Sind Sie schon gegen Pneumokokken geimpft oder nachgeimpft worden?

- Ja 1
- Nein..... 2 ▶ VA.09.
- Ich weiß nicht worum es sich handelt..... 3 ▶ VA.09.
- Weiß nicht..... 9 ▶ VA.09.
- Keine Antwort 0 ▶ VA.09.

VA.08. Wann wurden Sie zum letzten Mal gegen Pneumokokken geimpft?

- Vor weniger als 5 Jahren 1
- Vor 5 Jahren oder mehr..... 2
- Weiß nicht..... 9
- Keine Antwort 0

*Befrager : Die folgenden zwei Fragen werden nur Personen ab dem Alter von 12 Jahre gestellt.
Andere gehen über zu NS.01.*

Andere Impfungen

VA.09. Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere andere Impfungen erhalten?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ NS.01. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ NS.01. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ NS.01. |

VA.10. Welche andere Impfung(en) haben Sie erhalten?

.....

.....

Ernährung

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Ernährungsgewohnheiten. Erlauben Sie mir zunächst, Ihnen zwei Fragen zu Ihrem Gewicht und Ihrer Größe zu stellen.

NS.01. Wie groß sind Sie ohne Schuhe?

			cm
--	--	--	----

Weiß nicht.....	999
Keine Antwort	0

NS.02. Wie viel wiegen Sie, ohne Kleidung und ohne Schuhe?

Befrager: Bei Frauen, die momentan schwanger sind, fragen Sie nach dem Gewicht vor der Schwangerschaft.

			kg
--	--	--	----

Weiß nicht.....	999
Keine Antwort	0

NH.01. Wie oft essen Sie Obst?

Befrager: Zeigen Sie die Karte 12 für die Fragen NH.01, NH.03, NH.05, NH.07, NH.09 und NH.11.

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag.....	2	
4 bis 6 mal pro Woche.....	3	
1 bis 3 mal pro Woche.....	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ NH.03.
Weiß nicht.....	9	▶ NH.03.
Keine Antwort	0	▶ NH.03.

NH.02. Wie viel Obst essen Sie durchschnittlich an den Tagen, an denen Sie Obst essen?

Befrager : Eine Portion entspricht: 1 Apfel, 1 Banane, 1 Orange... oder
 2 Pflaumen, 2 Kiwi, 7 Erdbeeren... oder
 ½ Pampelmuse oder 1 Scheibe Ananas oder 1 Scheibe Melone.

Weniger als 2 Portionen	1	
Etwa 2 Portionen	2	
Mehr als 2 Portionen.....	3	
Weiß nicht	9	
Keine Antwort	0	

NH.03. Wie oft essen Sie Gemüse (außer Säfte und Kartoffeln)?

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag.....	2	
4 bis 6 mal pro Woche	3	
1 bis 3 mal pro Woche	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ NH.05.
Weiß nicht	9	▶ NH.05.
Keine Antwort	0	▶ NH.05.

NH.04. Wie viel Gemüse essen Sie durchschnittlich an den Tagen, an denen Sie Gemüse essen?

Weniger als 200 g.....	1
Etwa 200 g.....	2
Mehr als 200 g	3
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

NH.05. Wie oft trinken Sie Obst- oder Gemüsesäfte?

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag.....	2	
4 bis 6 mal pro Woche	3	
1 bis 3 mal pro Woche	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ NH.07.
Weiß nicht	9	▶ NH.07.
Keine Antwort	0	▶ NH.07.

NH.06. Wie viel Obst- oder Gemüsesaft trinken Sie durchschnittlich an den Tagen, an denen Sie Obst- oder Gemüsesaft trinken?

Weniger als 2 Glas	1
Etwa 2 Glas	2
Mehr als 2 Glas.....	3
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

NH.07. Wie oft essen Sie Graubrot (auch Röstbrot/Zwieback, Graubrötchen oder graues Baguettebrot)?

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag.....	2	
4 bis 6 mal pro Woche	3	
1 bis 3 mal pro Woche	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ NH.09.
Weiß nicht	9	▶ NH.09.
Keine Antwort	0	▶ NH.09.

NH.08. Wie viel Graubrot essen Sie durchschnittlich an den Tagen, an denen Sie Graubrot essen?

Weniger als 8 Scheiben.....	1
etwa 8 Scheiben	2
Mehr als 8 Scheiben.....	3
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

NH.09. Wie oft essen Sie Fisch, Schalentiere oder Meeresfrüchte (wie Lachs, Kabeljau, Muscheln, Krevetten...)?

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag.....	2	
4 bis 6 mal pro Woche	3	
1 bis 3 mal pro Woche	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ NH.11.
Weiß nicht	9	▶ NH.11.
Keine Antwort	0	▶ NH.11.

NH.10. Wie viel Fisch oder Meeresfrüchte essen Sie an den Tagen, an denen Sie Fisch oder Meeresfrüchte essen?

Weniger als 100 g.....	1
Etwa 100 g.....	2
Mehr als 100g	3
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

NH.11. Wie oft trinken Sie zuckerhaltige Erfrischungsgetränke?

Achtung: Berücksichtigen Sie hier keine « light »-Erfrischungsgetränke.

2 mal pro Tag oder öfter	1	
1 mal pro Tag	2	
4 bis 6 mal pro Woche	3	
1 bis 3 mal pro Woche	4	
Weniger als einmal pro Woche.....	5	
Nie	6	▶ HE.01.
Weiß nicht	9	▶ HE.01.
Keine Antwort	0	▶ HE.01.

NH.12. Wie viel zuckerhaltige Erfrischungsgetränke trinken Sie an den Tagen, an denen Sie welche trinken?

Weniger als 1 Liter	1
Etwa 1 Liter	2
Mehr als 1 Liter	3
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

Gesundheit und Umwelt

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Umweltfaktoren hier bei Ihnen zu Hause.

Befrager: Wenn die antwortende Person ein Stellvertreter ist, übergehen zu Frage ET.01.

HE.01. Wenn Sie einmal an die letzten 12 Monate hier bei Ihnen denken, wie stark haben Sie sich durch einen der folgenden Umstände gestört oder belästigt gefühlt?

Befrager: Zeigen Sie Karte 13.

		Überhaupt nicht	etwas	mittelmäßig	stark	äußerst	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Luftverschmutzung (Feinstaub, Dreck, Staub, Rauch, Ozon)	5	4	3	2	1	9	0
02.	Geruchsbelästigung durch Industrien der Nähe des Wohnviertels	5	4	3	2	1	9	0
03.	Andere Geruchsbelästigung (Kanalisation, Abfälle, Mastbetriebe)	5	4	3	2	1	9	0
04.	Anhäufung von Abfällen	5	4	3	2	1	9	0
05.	Feuchtigkeit	5	4	3	2	1	9	0
06.	Schimmelpilze, Pilze	5	4	3	2	1	9	0
07.	Vibrationen, hervorgerufen durch Straßen-, Schienen-, Luftverkehr oder nahe gelegene Unternehmen	5	4	3	2	1	9	0
08.	Lärm des Straßenverkehrs	5	4	3	2	1	9	0
09.	Lärm des Schienenverkehrs, der Tram oder Metro	5	4	3	2	1	9	0
10.	Lärm des Luftverkehrs	5	4	3	2	1	9	0
11.	Lärm von nahe gelegenen Betrieben (Fabrik, Werkstatt)	5	4	3	2	1	9	0
12.	Lärm der Nachbarschaft	5	4	3	2	1	9	0

HE.02. Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken: wie sehr wird Ihr Schlaf, hier bei Ihnen Zuhause, von folgenden Faktoren gestört:

Befrager : Zeigen Sie Karte 14.

		Überhaupt nicht	etwas	mittelmäßig	stark	äußerst	Weiß nicht	Keine Antwort
01.	Lärm des Straßenverkehrs	5	4	3	2	1	9	0
02.	Lärm des Schienenverkehrs, der Tram oder Metro	5	4	3	2	1	9	0
03.	Lärm des Luftverkehrs	5	4	3	2	1	9	0
04.	Lärm von nahe gelegenen Betrieben (Fabrik, Werkstatt)	5	4	3	2	1	9	0
05.	Lärm der Nachbarschaft	5	4	3	2	1	9	0

Studien

Befrager: Die folgenden Fragen sind auf Personen ab dem Alter von 6 Jahren begrenzt.
 Für Kinder unter 6 ist die Befragung beendet.
 Vergessen Sie allerdings nicht die Fragen ENQ.01, ENQ.02!

ET.01. Folgen Sie derzeit einem Tagesunterricht (eventuell in Teilzeit)?

- | | | |
|---------------------|----------|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ ET.03. |
| Weiß nicht..... | 9 | ▶ ET.03. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ ET.03. |

ET.02. Welche Studien absolvieren Sie derzeit?

Befrager: Zeigen Sie Karte 15.

- | | | |
|---|-----------|--|
| Primarschule | 01 | |
| Unterstufe Sekundarschule allgemeinbildender Unterricht | 02 | |
| Unterstufe Sekundarschule technischer, künstlerischer oder berufsbildender Unterricht | 03 | |
| Oberstufe Sekundarschule allgemeinbildender Unterricht | 04 | |
| Oberstufe Sekundarschule technischer Unterricht | 05 | |
| Oberstufe künstlerischer Unterricht (Kunstschule) | 06 | |
| Oberstufe berufsbildender Unterricht | 07 | |
| Post-Sekundarunterricht (7.Jahr) | 08 | |
| Hochschule kurzer Studiendauer | 09 | |
| Hochschule langer Studiendauer | 10 | |
| Universität..... | 11 | |
| Universität - Zusatzdiplom | 12 | |
| Doktorat mit Doktorarbeit..... | 13 | |
| Andere, präzisieren: _____ | 14 | |
| Weiß nicht | 99 | |
| Keine Antwort | 0 | |

Befrager: Für Schüler und Studenten ist die Befragung beendet.
 Vergessen Sie allerdings nicht die Fragen ENQ.01 und ENQ.02!
 Für alle anderen: fahren Sie fort und zeigen Sie Karte 15.

ET.03. Welches ist das höchste Diplom oder der höchste Abschluss, den Sie bisher erreicht haben?

Primarschule.....	01
Unterstufe Sekundarschule allgemeinbildender Unterricht.....	02
Unterstufe Sekundarschule technischer, künstlerischer oder berufsbildender Unterricht.....	03
Oberstufe Sekundarschule allgemeinbildender Unterricht.....	04
Oberstufe Sekundarschule technischer Unterricht.....	05
Oberstufe künstlerischer Unterricht (Kunstschule).....	06
Oberstufe berufsbildender Unterricht.....	07
Post-Sekundarunterricht (7.Jahr).....	08
Hochschule kurzer Studiendauer.....	09
Hochschule langer Studiendauer.....	10
Universität.....	11
Universität - Zusatzdiplom.....	12
Doktorat mit Doktorarbeit.....	13
Andere, präzisieren: _____	14
Kein Diplom.....	15
Weiß nicht.....	99
Keine Antwort.....	0

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

Age:

Weiß nicht.....	99
Keine Antwort.....	0

Beschäftigung

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Beschäftigung. Wir betrachten jemanden als beschäftigt (in einem Arbeitsverhältnis stehend), wenn er/sie einer entlohnten Tätigkeit nachgeht, selbst wenn es nur eine Stunde pro Woche ist.

Ihre entlohnte Beschäftigung kann eventuell auch unterbrochen sein: dies bedeutet, dass Sie derzeit nicht arbeiten, aber Ihre Arbeit in Kürze wieder aufnehmen können.

EM.01. Gehen Sie derzeit einer entlohnten beruflichen Beschäftigung nach (eventuell zeitweilig unterbrochen)?

Ja, einer entlohnten Beschäftigung (eventuell zeitweilig unterbrochen)	1	▶ EM.04.
Nein, keiner entlohnten Beschäftigung	2	
Weiß nicht	9	
Keine Antwort	0	

EM.02. Sie gehen derzeit keiner entlohnten Beschäftigung nach. Welcher der folgenden Begriffe beschreibt Ihre Situation am besten?

Arbeitslosigkeit.....	1
Krankheit oder Invalidität	2
Studien.....	3
Pensioniert.....	4
Ich bin ganztags im Haushalt beschäftigt, ohne Entlohnung.....	5
Ich arbeite bei einem Selbstständigen mit.....	6
Andere Situation, präzisieren Sie: _____	7
Weiß nicht	9
Keine Antwort	0

EM.03. Sie gehen derzeit keiner entlohnten Beschäftigung nach. Sind Sie schon einmal einer entlohnten Beschäftigung nachgegangen?

Ja	1	
Nein	2	▶ EM.11.
Weiß nicht	9	▶ EM.11.
Keine Antwort	0	▶ EM.11.

Befrager: Bei Personen, die derzeit einer entlohnten Beschäftigung nachgehen (EM.01=1), beziehen sich die folgenden Fragen auf die derzeitige Beschäftigung.
 Bei Personen, die früher einer entlohnten Beschäftigung nachgegangen sind (EM.03=1), beziehen sich die folgenden Fragen auf die letzte Beschäftigung.

EM.04. Sind Sie (waren Sie) angestellt oder selbstständig?

- | | | |
|-------------------------|---|----------|
| Angestellte(r) | 1 | |
| Selbstständige(r) | 2 | ▶ EM.07. |
| Weiß nicht | 9 | ▶ EM.07. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ EM.07. |

EM.05. Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie (haben Sie gearbeitet)?

Stunden pro Woche:

--	--

- | | | |
|---------------------|----|--|
| Weiß nicht | 99 | |
| Keine Antwort | 0 | |

EM.06. Können Sie Ihre (letzte) Beschäftigung genau beschreiben?

- | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| | <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table> | | | |
| | | | | |
| Weiß nicht | 999 | | | |
| Keine Antwort | 0 | | | |

EM.07. Welche ist die Hauptaktivität des Betriebs oder der Einrichtung, bei der Sie arbeiten (gearbeitet haben)?

- | | | | | |
|---------------------|--|--|--|--|
| | <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table> | | | |
| | | | | |
| Weiß nicht | 999 | | | |
| Keine Antwort | -1 | | | |

Befrager: Die folgenden Fragen richten sich an Personen, die derzeit einer entlohnten Beschäftigung nachgehen (EM.01=1). Für die anderen ist die Befragung beendet. Vergessen Sie nicht ENQ.01 und ENQ.02, S.63.

EM.08. Haben Sie in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen an Ihrer Arbeitsstelle gefehlt?

- | | | |
|---------------------|---|----------|
| Ja | 1 | |
| Nein..... | 2 | ▶ EM.10. |
| Weiß nicht | 9 | ▶ EM.10. |
| Keine Antwort | 0 | ▶ EM.10. |

EM.09. Wie viele Tage haben Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten aus gesundheitlichen Gründen an Ihrer Arbeitsstelle gefehlt? Wenn Sie die genaue Anzahl Tage nicht kennen, schätzen Sie.

Anzahl Tage:

--	--	--

Weiß nicht

999

Keine Antwort

0

EM.10. In welchem Maß sind Sie an Ihrer Arbeitsstelle folgenden Dingen ausgesetzt?

Befrager : Zeigen Sie Karte 16.

	Stark ausgesetzt	Ein wenig ausgesetzt	Nicht ausgesetzt	Weiß nicht	Keine Antwort
01. Belästigung oder Einschüchterung	1	2	3	9	0
02. Diskriminierung	1	2	3	9	0
03. Gewalt oder Androhung von Gewalt	1	2	3	9	0
04. Zu hohe Arbeitsbelastung oder zu wenig Zeit	1	2	3	9	0
05. Chemische Produkte, Staub, Dämpfe, Gase	1	2	3	9	0
06. Lärm oder Vibrationen	1	2	3	9	0
07. Schlechte Körperhaltung bei der Arbeit, schwere Bewegungen oder Heben schwerer Lasten	1	2	3	9	0
08. Unfallrisiken	1	2	3	9	0

Befrager: Die folgende Frage betrifft nur Personen, die nie einer entlohnten Beschäftigung nachgegangen sind. Für alle anderen ist die Befragung beendet.
Vergessen Sie allerdings nicht die Fragen ENQ.01 et ENQ.02!

EM.11. Können Sie die berufliche Tätigkeit Ihres Ehe-Partners/Partnerin genau beschreiben? (derzeitige Tätigkeit oder diejenige, die er/sie zuletzt ausgeübt hat)

.....

--	--	--

Kein(e) (Ehe-)Partner/-in

888

Weiß nicht.....

999

Keine Antwort

0

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Befrager: *Notieren Sie die Uhrzeit, zu der die Befragung endete, auf der ersten Seite.
Beantworten Sie selbst die Fragen ENQ.01 und ENQ.02.*

Evaluation: Fragen für den Befrager

ENQ.01. Wie bereitwillig hat sich die befragte Person an der Befragung beteiligt?

Sehr spontan	1
Eher spontan	2
Weder spontan noch unwillig.....	3
Eher unwillig	4
Sehr unwillig	5

ENQ.02. Wie gut denken Sie hat die antwortende Person die Fragen verstanden (und also wenige Erklärungen benötigt?)

Hatte keine Erklärungen nötig	1
Hatte einige Erklärungen nötig	2
Hatte zahlreiche Erklärungen nötig	3

WEITERE INFORMATIONEN SIND ERHÄTLICH BEI:

Lydia Gisle
Edith Hesse
Jean Tafforeau

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

Tel.: 02/642.57.53
02/642.57.55
02/642.57.71

E-Mail: his@iph.fgov.be

<http://www.iph.fgov.be/epidemie/epifr/index4.htm>

Februar 2008