

Fragebogen Seite 1

1 Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

Sehr gut	<input type="radio"/>	Gut	<input type="radio"/>	Mittelmäßig	<input type="radio"/>	Schlecht	<input type="radio"/>	Sehr schlecht	<input type="radio"/>
----------	-----------------------	-----	-----------------------	-------------	-----------------------	----------	-----------------------	---------------	-----------------------

2 Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

3 Sind Sie dauerhaft durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

Ja	<input type="radio"/>
----	-----------------------

- Wie stark sind Sie bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

Stark	<input type="radio"/>	Mäßig	<input type="radio"/>
-------	-----------------------	-------	-----------------------

- Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

Weniger als 6 Monate	<input type="radio"/>	6 Monate oder länger	<input type="radio"/>
----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

Nein	<input type="radio"/>
------	-----------------------

4 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Unterzuckerung?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

5 Hat eine solche Unterzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

6 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine akute Überzuckerung?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

Hat eine solche Überzuckerung in den letzten 12 Monaten zu einer ärztlichen Behandlung geführt, wie z.B. Klinikaufnahme, notärztliche Behandlung oder ärztliche Inanspruchnahme?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

7 Wenn Sie erwerbstätig sind, kam es in den letzten 12 Monaten vor, dass Sie krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gehen konnten?

Bitte berücksichtigen Sie alle Krankheiten. Verletzungen und sonstige gesundheitliche Beschwerden, wegen derer Sie nicht arbeiten konnten.

Ja	<input type="radio"/>
----	-----------------------

- Wie viele Tage haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt krankheitsbedingt bei der Arbeit gefehlt?

_____	Tage
-------	------

Nein	<input type="radio"/>
------	-----------------------

8 Haben Sie Schwierigkeiten einen halben Kilometer (500 Meter) auf ebenem Gelände ohne Gehhilfe zu gehen?
Das entspricht in etwa der Länge von fünf Fußballfeldern.

keine Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	einige Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	große Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	Ich bin dazu	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------	-----------------------

Fragebogen Seite 2

						nicht in der Lage	
--	--	--	--	--	--	-------------------	--

9 Haben Sie Schwierigkeiten eine Treppe mit 12 Stufen hinauf- oder hinabzusteigen?

keine Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	einige Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	große Schwierigkeiten	<input type="radio"/>	Ich bin dazu nicht in der Lage	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	--------------------------------	-----------------------

Bei den folgenden Fragen geht es um körperliche Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen.

10 Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen?

Keine Schmerzen	<input type="radio"/>	Sehr leicht	<input type="radio"/>	Leicht	<input type="radio"/>	Mäßig	<input type="radio"/>	Stark	<input type="radio"/>	Sehr stark	<input type="radio"/>
-----------------	-----------------------	-------------	-----------------------	--------	-----------------------	-------	-----------------------	-------	-----------------------	------------	-----------------------

11 Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

Überhaupt nicht	<input type="radio"/>	Etwas	<input type="radio"/>	Mäßig	<input type="radio"/>	Ziemlich	<input type="radio"/>	Sehr	<input type="radio"/>
-----------------	-----------------------	-------	-----------------------	-------	-----------------------	----------	-----------------------	------	-----------------------

Die folgenden Fragen befassen sich mit Ihrem seelischen Befinden und Ihrer Stimmungslage in den letzten 2 Wochen.

12 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	An allen Tagen
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

In den nächsten Fragen geht es um Krankenhausaufenthalte. Bitte beziehen Sie alle Arten von Krankenhäusern ein. Nicht gemeint sind um Krankenhausaufenthalte wegen einer Entbindung.

13 Haben Sie in den letzten 12 Monaten als stationäre/r Patient*in, das heißt über Nacht oder länger, im Krankenhaus gelegen?

Ja	<input type="radio"/>
----	-----------------------

- Wie viele Nächte haben Sie insgesamt in den letzten 12 Monaten als stationäre/r Patient*in im Krankenhaus gelegen?

_____	Nächte
-------	--------

Nein	<input type="radio"/>
------	-----------------------

14 Wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient*in in ein Krankenhaus aufgenommen?
Nicht gemeint sind Aufenthalte in Notfallstationen oder als ambulanter Patient ohne Übernachtung. Gemeint sind Aufnahmen in ein Krankenhaus für Untersuchungen, Behandlungen oder andere medizinische Maßnahmen ohne Übernachtung mit Entlassung am selben Tag.

Ja	<input type="radio"/>
----	-----------------------

- Wie oft wurden Sie in den letzten 12 Monaten als Tagespatient*in in ein Krankenhaus aufgenommen?

Fragebogen Seite 3

_____	Anzahl der Aufnahmen in ein Krankenhaus
-------	---

Nein	<input type="radio"/>
------	-----------------------

15 Wann waren Sie zuletzt bei einem Zahnarzt, Kieferorthopäden oder einem anderen zahnmedizinischen Spezialisten, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Vor weniger als 6 Monaten	<input type="radio"/>	Vor 6 bis weniger als 12 Monaten	<input type="radio"/>	Vor 12 Monaten oder länger	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>
---------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	-----	-----------------------

16 Wann haben Sie zuletzt einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Gemeint sind Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon.

Vor weniger als 12 Monaten	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------

- Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen einen Allgemeinmediziner oder Hausarzt konsultiert, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

_____	Anzahl der Termine, Hausbesuche, Anrufe
-------	---

Vor 12 Monaten oder länger	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------	-----	-----------------------

In der nächsten Frage geht es um ambulante Untersuchungen und Behandlungen bei Fachärzten. Nicht gemeint sind Besuche beim Zahnarzt.

17 Wann waren Sie zuletzt bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Vor weniger als 12 Monaten	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------

- Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

_____	Anzahl der Termine, in den letzten 4 Wochen
-------	---

- Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Facharzt, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

_____	Anzahl der Termine, in den letzten 12 Monaten
-------	---

Vor 12 Monaten oder länger	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>
----------------------------	-----------------------	-----	-----------------------

18 Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Physiotherapeuten oder Osteopathen, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

19 Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychotherapeuten oder Osteopathen, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

20 Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?

Fragebogen Seite 4

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

21 Haben Sie in den letzten 2 Wochen Medikamente, pflanzliche Heilmittel oder Vitamine eingenommen, die Ihnen nicht von einem Arzt verschrieben wurden?

Nicht gemeint sind die Pille oder andere Hormonpräparate zur Empfängnisverhütung.

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

Jetzt geht es darum, wie viel Sie sich in einer typischen Woche körperlich bewegen.

- Denken Sie zuerst an die Zeit, in der Sie arbeiten.
- Denken Sie bei „arbeiten“ an Dinge, die Sie tun müssen wie beispielsweise bezahlte und unbezahlte Arbeit, Arbeiten rund um Ihr Zuhause, Kinderbetreuung, Pflege von Angehörigen, Schule oder Studium.
- Beziehen Sie Ihre Angaben auf die Haupttätigkeit. Wenn Sie mehrere Tätigkeiten ausüben, schließen Sie alle mit ein.

22 Wenn Sie arbeiten, welche der folgenden Antwortmöglichkeiten beschreibt am besten, was Sie tun?

<input type="radio"/>	Vorwiegend sitzen oder stehen	Tätigkeiten von leichter körperlicher Anstrengung. Zum Beispiel leichte Büroarbeit, Lesen, Schreiben, Zeichnen, am Computer arbeiten, Sprechen oder Telefonieren, Lernen oder Studieren, Auto- oder Lastwagenfahren, Unterrichten, Nähen, Haare schneiden oder frisieren, Backwaren verkaufen oder Verkehr regeln
<input type="radio"/>	Vorwiegend gehen oder mäßig anstrengende körperliche Tätigkeiten	Tätigkeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung. Zum Beispiel Post austragen, Tragen von leichten Gegenständen, Rasen und Garten bewässern, Elektriker- oder Klempnerarbeiten, Auto-Reparaturarbeiten, Arbeiten an Werkzeugmaschinen, Bohren, Malerarbeiten, Krankenpflege, Hausarbeiten von mäßiger körperlicher Anstrengung, Putzen, Staubsaugen, Einkaufen oder mit Kindern spielen
<input type="radio"/>	Vorwiegend schwere körperliche Arbeit oder körperlich beanspruchende Tätigkeiten	Tätigkeiten von schwerer körperlicher Anstrengung Zum Beispiel Bedienen von schweren angetriebenen Werkzeugen, Bauarbeiten, Bergbau, Tragen von schweren Lasten, Be- und Entladearbeiten, Holzhacken und -stapeln, Land freilegen, Gartenbau, Schaufeln oder Graben.
<input type="radio"/>	Ich führe keine arbeitsbezogenen Tätigkeiten aus	

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen die arbeitsbezogenen körperlichen Aktivitäten aus, die Sie bereits genannt haben

Denken Sie nun daran, wie Sie sich üblicherweise von Ort zu Ort fortbewegen. Zum Beispiel zur Arbeit, zur Uni, zur Schule oder zum Einkaufen.

23 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche gehen Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
--	----------------

- Wie lange gehen Sie an einem typischen Tag zu Fuß, um von Ort zu Ort zu gelangen?

0 - 29 Minuten pro Tag	<input type="radio"/>	30 - 59 Minuten pro Tag	<input type="radio"/>	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	3 Stunden pro Tag oder mehr
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	---	-----------------------	--	-----------------------	-----------------------------------

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche	<input type="radio"/>
---------------------------------------	-----------------------

24 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche fahren Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

	Tage pro Woche
--	----------------

- Wie lange fahren Sie an einem typischen Tag mit dem Fahrrad, um von Ort zu Ort zu gelangen?

Fragebogen Seite 5

0 - 29 Minuten pro Tag	<input type="radio"/>	30 - 59 Minuten pro Tag	<input type="radio"/>	1 Stunde bis unter 2 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	2 Stunden bis unter 3 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	3 Stunden pro Tag oder mehr	<input type="radio"/>
------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	---	-----------------------	--	-----------------------	-----------------------------------	-----------------------

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

Schließen Sie bei der Beantwortung der nächsten Frage die körperliche Aktivität bei der Arbeit und um von Ort zu Ort zu gelangen aus, die Sie bereits genannt haben.

25 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung Sport, Fitness oder körperliche Aktivität in der Freizeit aus?

Tage pro Woche

- Wie viel Zeit verbringen Sie insgesamt in einer typischen Woche mit Sport, Fitness oder körperlicher Aktivität in der Freizeit?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woche
Stunden	Minuten	

Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

26 An wie vielen Tagen in einer typischen Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, die speziell für den Aufbau oder die Kräftigung der Muskulatur gedacht sind?
Zum Beispiel Krafttraining oder Kräftigungsübungen (mit Gewichten, Thera-Band, eigenem Körpergewicht), Kniebeugen, Liegestützen oder Sit-ups

Tage pro Woche Nie oder seltener als 1 Tag pro Woche

27 Wir haben Sie bereits zur Häufigkeit und Dauer Ihrer körperlichen und sportlichen Aktivität in der Freizeit in einer typischen Woche gefragt. Wie viele Monate sind Sie schon derart aktiv bzw. inaktiv?

Weniger als 6 Monate 6 Monate oder mehr

28 Haben Sie vor, häufiger als bisher körperlich aktiv zu sein?

Ja

- Wann wollen Sie beginnen, häufiger als bisher aktiv zu sein?

In den nächsten 30 Tagen In den nächsten Monaten

29 Warum treiben Sie Sport oder betätigen sich körperlich?
Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Um Gutes für die Gesundheit zu tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um dem Altern entgegen zu wirken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um Spaß zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mich zu entspannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um attraktiver auszusehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mit Freunden zusammen zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um durch Laufen oder Fahrradfahren Geld zu sparen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um meine körperliche Leistungsfähigkeit zu verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um mein Gewicht zu kontrollieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragebogen Seite 6

Um mein Selbstwertgefühl zu steigern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um sitzende Tätigkeiten auszugleichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich treibe keinen Sport und bin nicht körperlich aktiv

30 Welche sind die Hauptgründe, die sie davon abhalten, regelmäßiger Sport zu treiben und sich körperlich zu betätigen?
Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz.

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich habe nicht genug Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es ist zu teuer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Wohnumgebung ist nicht fußgänger- oder radfahrerfreundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In meiner Wohnumgebung gibt es keine geeigneten oder gut erreichbaren Sportstätten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin gesundheitlich nicht in der Lage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verrichte bereits körperlich anstrengende Tätigkeiten bei der Arbeit, im Haus oder im Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Körperlich-sportlich aktiv zu sein spielt in meinem Bekanntenkreis nur eine geringe Rolle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mir fehlt es an Motivation, ich habe kein Interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich nicht sicher genug um alleine im Freien körperlich aktiv zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich zu dick um Sport zu treiben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Straßenverkehr und die Abgase verhindern, sich beim Laufen oder Fahrradfahren wohl zu fühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31 Wie oft nehmen Sie Obst zu sich, einschließlich frisch gepresster Obstsäfte?

Täglich oder mehrmals täglich	<input type="radio"/>	4 bis 6 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	1 bis 3 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	Weniger als 1 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>
-------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------	-----	-----------------------

32 Wenn Sie täglich Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Tag zu sich?
Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml). Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Tag

33 Wenn Sie mehrmals pro Woche Obst essen, wie viele Portionen Obst nehmen Sie pro Woche zu sich?
Eine Portion entspricht einer Handvoll Obst (z.B. 1 Banane oder 1 Apfel oder 1 Birne) bzw. 1 Glas Obstsaft (150 ml). Bitte zählen Sie den Obstsaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Portionen pro Woche

34 Wie oft nehmen Sie Gemüse oder Salat zu sich, einschließlich frisch gepresster Gemüsesäfte?
Bitte zählen Sie Kartoffeln nicht mit.

Täglich oder mehrmals täglich	<input type="radio"/>	4 bis 6 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	1 bis 3 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	Weniger als 1 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	Nie	<input type="radio"/>
-------------------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------	-----	-----------------------

35 Wenn Sie täglich Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Tag zu sich?
Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml). Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

Fragebogen Seite 7

	Portionen pro Tag
--	-------------------

36 Wenn Sie mehrmals pro Woche Gemüse essen, wie viele Portionen Gemüse nehmen Sie pro Woche zu sich? 111 *Eine Portion entspricht einer Handvoll Gemüse (z.B. 8 Blumenkohlrischen, 4 gehäufte Esslöffel Kohl oder Spinat, eine mittelgroße Tomate) bzw. 1 Glas Gemüsesaft (150 ml).*
Bitte zählen Sie den Gemüsesaft insgesamt nur als eine Portion, auch wenn Sie mehrere Gläser trinken.

	Portionen pro Woche
--	---------------------

37 Rauchen Sie?

Ja, täglich	<input type="radio"/>	Ja, gelegentlich	<input type="radio"/>	Nein, nicht mehr	<input type="radio"/>	Ich habe noch nie geraucht	<input type="radio"/>
-------------	-----------------------	------------------	-----------------------	------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------

38 Welche Tabakprodukte rauchen Sie?
Mehrfachnennungen möglich.

Fabrikfertige Zigaretten	<input type="radio"/>
Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten	<input type="radio"/>
Zigarren, Zigarrillos	<input type="radio"/>
Pfeifentabak	<input type="radio"/>
E-Zigarette	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>

39 Welches Tabakprodukt rauchen Sie hauptsächlich?
Bitte nur eine Angabe machen.

Fabrikfertige Zigaretten	<input type="radio"/>
Selbstgedrehte oder selbstgestopfte Zigaretten	<input type="radio"/>
Zigarren, Zigarrillos	<input type="radio"/>
Pfeifentabak	<input type="radio"/>
E-Zigarette	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>

40 Wenn Sie täglich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

	Zigaretten pro Tag
--	--------------------

- Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder gestopft?

	selbstgedrehte / selbst gestopfte Zigaretten pro Tag
--	--

41 Wenn Sie gelegentlich Zigaretten rauchen, wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Woche?

	Zigaretten pro Woche
--	----------------------

- Und wie viele Zigaretten davon sind selbstgedreht oder gestopft?

	selbstgedrehte / selbst gestopfte Zigaretten pro Woche
--	--

42 Wie alt waren Sie als Sie angefangen haben zu rauchen, wenn auch nur gelegentlich?

	Jahre
--	-------

43 Wenn Sie nicht mehr rauchen, wie alt waren Sie, als Sie mit dem Rauchen aufgehört haben?

	Jahre
--	-------

44 Wie oft sind Sie in geschlossenen Räumen Tabakrauch ausgesetzt?
Mit geschlossenen Räumen meinen wir zum Beispiel: zu Hause, bei der Arbeit, in öffentlichen Gebäuden oder im Restaurant.

Nie oder fast nie	<input type="radio"/>	Weniger als 1 Stunde am Tag	<input type="radio"/>	1 Stunde am Tag oder mehr	<input type="radio"/>
-------------------	-----------------------	-----------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------

45 Und wo ist das der Fall?

Fragebogen Seite 8

Mehrfachnennungen möglich.

zu Hause	<input type="checkbox"/>
auf der Arbeit	<input type="checkbox"/>
in öffentlichen Gebäuden	<input type="checkbox"/>
in Restaurants	<input type="checkbox"/>
in Kneipen, Cafés, Bars oder Discos	<input type="checkbox"/>
bei Freunden oder Bekannten	<input type="checkbox"/>
oder an anderen Orten	<input type="checkbox"/>

46 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken, wie Bier, Wein, Sekt, Spirituosen, Schnaps, Cocktails, alkoholische Mischgetränke, Liköre, hausgemachter oder selbstgebrannter Alkohol?

Täglich oder fast täglich	<input type="checkbox"/>
An 5 - 6 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/>
An 3 - 4 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/>
An 1 - 2 Tagen pro Woche	<input type="checkbox"/>
An 2 - 3 Tagen pro Monat	<input type="checkbox"/>
Einmal pro Monat	<input type="checkbox"/>
Weniger als einmal pro Monat	<input type="checkbox"/>
Nicht in den letzten 12 Monaten, da ich keinen Alkohol mehr trinke	<input type="checkbox"/>
Nie oder lediglich einige wenige Schlucke in meinem Leben	<input type="checkbox"/>

47 Denken Sie nun an Montag bis Donnerstag, an wie vielen dieser 4 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

An allen 4 Tagen	<input type="checkbox"/>	An 3 der 4 Tage	<input type="checkbox"/>	An 2 der 4 Tage	<input type="checkbox"/>	An 1 der 4 Tage	<input type="checkbox"/>	An keinem der 4 Tage	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

48 Wenn Sie an den Tagen von Montag bis Donnerstag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

Mit einem Getränk ist ein Standardglas gemeint. Als Standardglas bezeichnet man bei alkoholischen Getränken die Menge, die zwischen 10 und 12 Gramm reinen Alkohols enthält. Beispiele:

Ein Standardglas =	0,25l Bier	0,33l Biermixgetränk	0,1l Wein	0,1l Sekt	4cl Wodka
--------------------	------------	----------------------	-----------	-----------	-----------

16 oder mehr Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
10 - 15 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
6 - 9 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
4 - 5 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
3 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
2 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
1 Getränk pro Tag	<input type="checkbox"/>
Kein Getränk pro Tag	<input type="checkbox"/>

49 Denken Sie nun an Freitag bis Sonntag, an wie vielen dieser 3 Tage trinken Sie üblicherweise Alkohol?

An allen 3 Tagen	<input type="checkbox"/>	An 2 der 3 Tage	<input type="checkbox"/>	An 1 der 3Tage	<input type="checkbox"/>	An keinem der 3 Tage	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------

50 Wenn Sie an den Tagen von Freitag bis Sonntag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie im Durchschnitt an einem dieser Tage?

Mit einem Getränk ist ein Standardglas gemeint. Beispiele:

Ein Standardglas =	0,25l Bier	0,33l Biermixgetränk	0,1l Wein	0,1l Sekt	4cl Wodka
--------------------	------------	----------------------	-----------	-----------	-----------

16 oder mehr Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
10 - 15 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
6 - 9 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
4 - 5 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
3 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
2 Getränke pro Tag	<input type="checkbox"/>
1 Getränk pro Tag	<input type="checkbox"/>
Kein Getränk pro Tag	<input type="checkbox"/>

51 Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten 6 oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit getrunken? Zum Beispiel während einer Party, eines Essens, beim Ausgehen mit Freunden oder allein zu Hause.

Fragebogen Seite 9

Mit einem Getränk ist ein Standardgetränk gemeint. Mit einem Getränk ist ein Standardglas gemeint. Beispiele:

Ein Standardglas =	0,25l Bier	0,33l Biermixgetränk	0,1l Wein	0,1l Sekt	4cl Wodka
--------------------	------------	----------------------	-----------	-----------	-----------

Täglich oder fast täglich	<input type="radio"/>
An 5 - 6 Tagen pro Woche	<input type="radio"/>
An 3 - 4 Tagen pro Woche	<input type="radio"/>
An 1 - 2 Tagen pro Woche	<input type="radio"/>
An 2 - 3 Tagen pro Monat	<input type="radio"/>
Einmal pro Monat	<input type="radio"/>
Weniger als einmal pro Monat	<input type="radio"/>
Nicht in den letzten 12 Monaten	<input type="radio"/>
Nie in meinem Leben	<input type="radio"/>

52 Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

Keine	<input type="radio"/>	1 bis 2	<input type="radio"/>	3 bis 5	<input type="radio"/>	6 oder mehr	<input type="radio"/>
-------	-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	-------------	-----------------------

53 Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun?

Sehr viel Anteilnahme und Interesse	<input type="radio"/>
Viel Anteilnahme und Interesse	<input type="radio"/>
Weder viel noch wenig	<input type="radio"/>
Wenig Anteilnahme und Interesse	<input type="radio"/>
Keine Anteilnahme, kein Interesse	<input type="radio"/>

54 Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Nachbarn zu erhalten, wenn Sie diese benötigen?

Sehr einfach	<input type="radio"/>	Einfach	<input type="radio"/>	Möglich	<input type="radio"/>	Schwierig	<input type="radio"/>	Sehr schwierig	<input type="radio"/>
--------------	-----------------------	---------	-----------------------	---------	-----------------------	-----------	-----------------------	----------------	-----------------------

55 Pflegen oder unterstützen Sie mindestens einmal pro Woche eine oder mehrere Personen, die an altersbedingten Beschwerden, chronischen Erkrankungen oder Gebrechlichkeit leiden?
Nicht gemeint sind Pflegeleistungen oder Unterstützung, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer beruflichen Tätigkeit erbringen.

Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
----	-----------------------	------	-----------------------

56 Falls Sie mehrere Personen pflegen oder unterstützen, wählen Sie die Person aus, für die Sie die größte Pflegeleistung erbringen. Ist diese Person ...

Mitglied der Familie?	<input type="radio"/>	kein Mitglied der Familie?	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------

57 Wie viele Stunden pro Woche pflegen oder unterstützen Sie insgesamt?

Weniger als 10 Stunden pro Woche	<input type="radio"/>	Mindestens 10, aber weniger als 20 Stunden pro Woche	<input type="radio"/>	20 Stunden pro Woche oder mehr	<input type="radio"/>
----------------------------------	-----------------------	--	-----------------------	--------------------------------	-----------------------

58 Die folgenden Aussagen können mehr oder weniger auf Sie zutreffen. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese auf Sie persönlich zutrifft.

	. Trifft gar nicht zu	Trifft wenig zu	Trifft etwas zu	Trifft ziemlich zu	Trifft voll und ganz zu
In schwierigen Situationen kann ich mich auf meine Fähigkeiten verlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die meisten Probleme kann ich aus eigener Kraft gut meistern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch anstrengende und komplizierte Aufgaben kann ich in der Regel gut lösen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

59 Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

Sehr stark	<input type="radio"/>	Stark	<input type="radio"/>	Mittelmäßig	<input type="radio"/>	Weniger stark	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
------------	-----------------------	-------	-----------------------	-------------	-----------------------	---------------	-----------------------	-----------	-----------------------

60 Ganz allgemein gefragt, wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben insgesamt?

Fragebogen Seite 10

Bitte antworten Sie von "0" bis "10", wobei "0" für "überhaupt nicht zufrieden" und "10" für "vollkommen zufrieden" steht.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

61 Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Arbeit gefährdet ist?

Sehr stark	<input type="radio"/>	Stark	<input type="radio"/>	Mäßig	<input type="radio"/>	Gar nicht	<input type="radio"/>
------------	-----------------------	-------	-----------------------	-------	-----------------------	-----------	-----------------------

62 Wenn Sie Ihre höchste bisher erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?

"0" bedeutet, dass Sie derzeit überhaupt nicht arbeitsfähig sind.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

63 Was meinen Sie:

Bis zu welchem Alter **können** Sie arbeiten?

<input type="text"/>	Jahre
----------------------	-------

Bis zu welchem Alter **wollen** Sie arbeiten?

<input type="text"/>	Jahre
----------------------	-------

Fragen aus dem Fragebogen der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell des Robert Koch-Instituts. © Robert Koch-Institut (2017) Fragebogen zur Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“: GEDA 2014/2015- EHIS. Journal of Health Monitoring 2(1): 105–135 DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-014 ISSN 2511-2708 Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz.