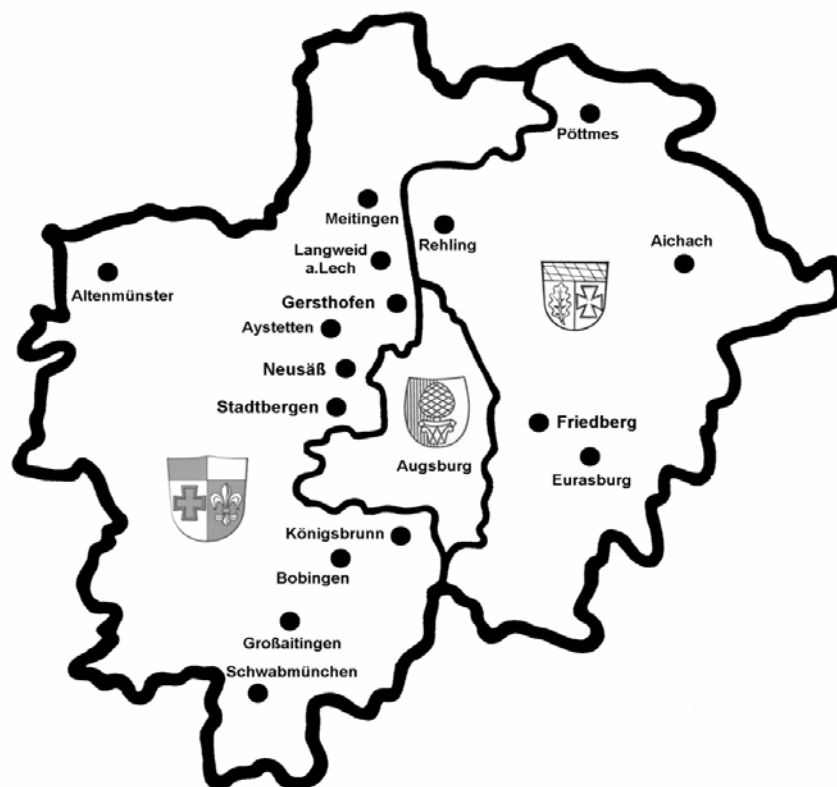


Leben und Gesundheit in der Region Augsburg

Bevölkerungsstudie zur Gesundheitsforschung 1999-2001



C12	Leben Sie mit einem Ehepartner bzw. einem Partner zusammen, gemeint ist ein gemeinsamer Haushalt?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C14
C13	Seit wann leben Sie zusammen? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter!		Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bzw. damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
C14	Welches ist Ihr höchster Schul- bzw. Hochschulabschluß? INT: Liste A übergeben!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Hauptschule/Volksschule Mittlere Reife/Realschule Abitur/Fachabitur/Fachhochschulreife	
		<input type="checkbox"/> ₄	Hochschule/Fachhochschule/Universität	C16
		<input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆	Sonstiger Abschluß _____ _____ – Kein Abschluß	
C15	Welches ist Ihr höchster berufsbildender Abschluß?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Kein Abschluß Berufsschule (Lehre) Fachschule/Techniker-/Meisterschule Ingenieur-Schule/Polytechnikum Sonstiger Abschluß _____ _____ –	
C16	Sind Sie zur Zeit berufstätig? INT: regelmäßig teilzeitbeschäftigt = weniger als 35 Std./Woche, aber mehr als 15 Std./Woche; geringfügig oder unregelmäßig beschäftigt = weniger als 15 Std./Woche und eine Entlohnung von maximal 630,- DM	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₃	Ja, ganztätig Ja, regelmäßig teilzeitbeschäftigt Ja, geringfügig oder unregelmäßig teilzeitbeschäftigt Nein	C21N

C17	Sind Sie zur Zeit ...? INT: Liste B übergeben!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₅	Arbeitslos Hausfrau/Hausmann In Ausbildung oder Umschulung Als Wehrpflichtiger im Wehr- oder Zivildienst In Mutterschutz/Erziehungsurlaub oder sonstiger Beurlaubung	C20
		<input type="checkbox"/> ₄	Rentner/Pensionär	
C18	In welchem Jahr sind Sie in Rente oder Pension gegangen oder wie alt waren Sie damals? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter!		Jahr _ _ _ _ bzw. damaliges Alter _ _	
C19	Welche der folgenden Angaben trifft auf Sie zu? INT: Vorlesen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Wegen Erreichens der Altersgrenze in Rente/pensioniert Vorzeitig aus gesundheitlichen Gründen in Rente/pensioniert Vorzeitig aus anderen als gesundheitlichen Gründen in Rente/pensioniert	
C20	Haben Sie früher einen Beruf ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	C23
C21N	Haben Sie jemals über mindestens 6 Monate einen Beruf ausgeübt, bei dem Sie einer Schadstoffbelastung ausgesetzt waren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht	

C22	<p>Welche Stellung (Position) haben bzw. hatten Sie in Ihrem Beruf?</p> <p>Sind oder waren Sie ...</p> <p>... Arbeiter?</p> <p>... Angestellter?</p> <p>... Beamter?</p> <p>... Selbständiger?</p> <p>... Mithelfender Familienangehöriger?</p> <p>... etwas anderes? (z.B. Auszubildender, Schüler, usw.)</p> <p>INT: Gemeint ist der gegenwärtige oder letzte Beruf!</p>	<input type="checkbox"/> ₁₁ <input type="checkbox"/> ₁₂ <input type="checkbox"/> ₁₃ <input type="checkbox"/> ₁₄ <input type="checkbox"/> ₁₅ <input type="checkbox"/> ₁₉	<p>Arbeiter (C1)</p> <p>Ungelernter Arbeiter</p> <p>Angelernter Arbeiter</p> <p>Gelernter und Facharbeiter</p> <p>Vorarbeiter, Kolonnenführer</p> <p>Meister, Polier</p> <p>Keine Angabe</p>	
		<input type="checkbox"/> ₂₁ <input type="checkbox"/> ₂₂ <input type="checkbox"/> ₂₃ <input type="checkbox"/> ₂₄ <input type="checkbox"/> ₂₅ <input type="checkbox"/> ₂₉	<p>Angestellter (C2)</p> <p>Industrie- und Werkmeister</p> <p>Mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Datentypist)</p> <p>Mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, techn. Zeichner)</p> <p>Mit Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter)</p> <p>Mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände)</p> <p>Keine Angabe</p>	
C22	<p>(Fortsetzung)</p>	<input type="checkbox"/> ₃₁ <input type="checkbox"/> ₃₂ <input type="checkbox"/> ₃₃ <input type="checkbox"/> ₃₄ <input type="checkbox"/> ₃₉	<p>Beamter (C3)</p> <p>Im einfachen Dienst</p> <p>Im mittleren Dienst</p> <p>Im gehobenen Dienst</p> <p>Im höheren Dienst</p> <p>Keine Angabe</p>	
		<input type="checkbox"/> ₄₁ <input type="checkbox"/> ₄₂ <input type="checkbox"/> ₄₃	<p>Selbständiger (C4)</p> <p><u>Landwirt</u></p> <p>Mit einem Mitarbeiter oder alleine</p> <p>Mit zwei bis neun Mitarbeitern</p> <p>Mit zehn und mehr Mitarbeitern</p>	

		<input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 49	Anderer Selbständiger Mit einem Mitarbeiter oder alleine Mit zwei bis neun Mitarbeitern Mit zehn und mehr Mitarbeitern Keine Angabe	
		<input type="checkbox"/> 51	Mithelfender Familienangehöriger	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 61	Sonstige (z.B. Auszubildender, Schüler, usw.)	
C23	Welchen höchsten Schul- bzw. Hochschulabschluß hat bzw. hatte Ihr Ehepartner oder Partner ? INT: Gemeint ist der letzte Partner! Liste A übergeben!	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Hauptschule/Volksschule Mittlere Reife/Realschule Abitur/Fachabitur/Fachhochschulreife	
		<input type="checkbox"/> 4	Hochschule/Fachhochschule/Universität	C25
		<input type="checkbox"/> 5	Sonstiger Abschluß	
		<input type="checkbox"/> 6	—	
			Kein Abschluß	
C24	Welchen höchsten berufsbildenden Abschluß hat bzw. hatte Ihr Ehepartner oder Partner ?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Kein Abschluß Berufsschule (Lehre) Fachschule/Techniker-/Meisterschule Ingenieur-Schule/Polytechnikum Sonstiger Abschluß _____ _____ —	
C25	Ist oder war Ihr Ehepartner oder Partner jemals berufstätig?	<input type="checkbox"/> 1	Ja	
		<input type="checkbox"/> 2	Nein	A1

C26	Welche Stellung (Position) hat bzw. hatte Ihr Ehepartner oder Partner in seinem Beruf? Ist oder war Ihr Partner Arbeiter? ... Angestellter? ... Beamter? ... Selbständiger? ... Mithelfender Familienangehöriger? ... oder etwas anderes? (z.B. Auszubildender, Schüler, usw.	<input type="checkbox"/> ₁₁ <input type="checkbox"/> ₁₂ <input type="checkbox"/> ₁₃ <input type="checkbox"/> ₁₄ <input type="checkbox"/> ₁₅ <input type="checkbox"/> ₁₉	Arbeiter (C1) Ungelernter Arbeiter Angelernter Arbeiter Gelernter und Facharbeiter Vorarbeiter, Kolonnenführer Meister, Polier Keine Angabe	
		<input type="checkbox"/> ₂₁ <input type="checkbox"/> ₂₂ <input type="checkbox"/> ₂₃ <input type="checkbox"/> ₂₄ <input type="checkbox"/> ₂₅ <input type="checkbox"/> ₂₉	Angestellter (C2) Industrie- und Werkmeister Mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist, Datentypist) Mit qualifizierter Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter, techn. Zeichner) Mit Leitungsfunktion (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter, Prokurist, Abteilungsleiter) Mit umfassenden Führungsaufgaben (z.B. Direktor, Geschäftsführer, Vorstand größerer Betriebe und Verbände) Keine Angabe	
C26	(Fortsetzung)	<input type="checkbox"/> ₃₁ <input type="checkbox"/> ₃₂ <input type="checkbox"/> ₃₃ <input type="checkbox"/> ₃₄ <input type="checkbox"/> ₃₉	Beamter (C3) Im einfachen Dienst Im mittleren Dienst Im gehobenen Dienst Im höheren Dienst Keine Angabe	

		<div> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 41 <input type="checkbox"/> 42 <input type="checkbox"/> 43 <input type="checkbox"/> 44 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 46 <input type="checkbox"/> 49 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 61 </div>	<p>Selbständiger (C4)</p> <p><u>Landwirt</u></p> <p>Mit einem Mitarbeiter oder alleine</p> <p>Mit zwei bis neun Mitarbeitern</p> <p>Mit zehn und mehr Mitarbeitern</p> <p><u>Anderer Selbständiger</u></p> <p>Mit einem Mitarbeiter oder alleine</p> <p>Mit zwei bis neun Mitarbeitern</p> <p>Mit zehn und mehr Mitarbeitern</p> <p>Keine Angabe</p>	
			Mithelfender Familienangehöriger	
			Sonstige (z.B. Auszubildender, Schüler, usw.)	
A1	<p>Wieviele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingerechnet ?</p> <p>INT: Haushalt meint hier die Vorstellung, daß alle Haushaltsmitglieder ihre Einkommen in eine gemeinsame Kasse zahlen, aus der dann bestimmte Ausgaben gemeinsam bestritten werden (z.B. Miete, Grundnahrungsmittel, Strom).</p>	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Personen</div> </div> </div>		
		Wenn Anzahl Personen = 1	A3	
A2	<p>Wie viele der Personen, die in Ihrem Haushalt leben, sind:</p> <p>18 Jahre und älter?</p> <p>bis 6 Jahre alt?</p> <p>7 bis 14 Jahre alt?</p> <p>15 bis 17 Jahre alt ?</p> <p>INT: Vorsicht: Nur wenn die Angaben (Anzahl) aus der vorhergehenden Frage mit den Angaben dieser Frage übereinstimmen, kann im Interview weitergegangen werden! Bei nicht belegten Altersgruppen bitte 0 eingeben</p>	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Personen</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Personen</div> </div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Personen</div> </div> </div> <div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Personen</div> </div> </div> </div>		

A3	Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt, d.h. das Einkommen, das alle Haushaltsmitglieder zusammen nach Abzug von Steuern und Sozialabgaben haben ? Bitte nennen Sie die zutreffende Nummer der Liste R1. INT: Liste R1 vorlegen! Bitte die entsprechende Nummer eintragen! - Hierbei sind auch Einkünfte aus Vermietung/Verpachtung oder Kapitalerträge gemeint!		Nummer <div style="float: right;"> _ _ </div>	
-----------	--	--	---	--

Jetzt kommen wir zu Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Arztbesuchen in der letzten Zeit.

CORE MODUL 1: INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER HILFE

C27	Wann waren Sie zum letzten Mal beim Arzt? INT: Stationäre und zahnärztliche Behandlung zählen nicht als Arztbesuch.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Innerhalb der letzten 4 Wochen <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Innerhalb der letzten 2-12 Monate Vor mehr als einem Jahr Ich weiß nicht	C29
C28	Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen beim Arzt? INT: Stationäre und zahnärztliche Behandlung zählen nicht als Arztbesuch.		<div style="text-align: right;"> _ _ mal</div>	
C30	Sind Sie während der letzten 12 Monate zur stationären Behandlung im Krankenhaus gewesen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> Nein	C29
C31	Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus?		<div style="text-align: right;"> _ _ mal</div>	
C29	Haben Sie in den letzten 12 Monaten an einer gesetzlichen Krebsvorsorgeuntersuchung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
I1	Besitzen Sie ein Impfbuch bzw. einen Impfausweis, in dem Ihre Impfungen aufgeführt sind?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht	

I2	<p>Sind Sie in den letzten 10 Jahren gegen die folgenden Krankheiten geimpft worden?</p> <p>Wundstarrkrampf (Tetanus)</p> <p>Diphtherie</p> <p>Kinderlähmung (Poliomyelitis)</p> <p>Hepatitis A (einschließlich Immunglobuline)</p> <p>Hepatitis B</p> <p>Hirnhautentzündung nach Zeckenbiß</p> <p>Virusgrippe</p> <p>Typhus</p> <p>Röteln</p> <p>Masern</p> <p>Mumps</p> <p>Sonstiges</p> <p>Und zwar _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<table> <tr> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>Ich weiß nicht</th></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> </table>	Ja	Nein	Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Ja	Nein	Ich weiß nicht																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
I3	<p>Sind Sie als Kind oder Jugendlicher bis zum Alter von 18 Jahren an einer der folgenden Infektionskrankheiten erkrankt?</p> <p>Diphtherie</p> <p>Keuchhusten</p> <p>Masern</p> <p>Mumps (Ziegenpeter)</p> <p>Röteln</p> <p>Windpocken</p> <p>Scharlach</p> <p>Tuberkulose</p> <p>Ruhr</p> <p>Typhus oder Paratyphus</p> <p>Kinderlähmung (Poliomyelitis)</p>	<table> <tr> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>Ich weiß nicht</th></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td></tr> </table>	Ja	Nein	Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Ja	Nein	Ich weiß nicht																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																		

C44Z	Hatten Sie innerhalb der letzten Woche einen grippalen Infekt, eine Erkältung oder eine andere entzündliche Erkrankung?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂ Nein <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht																						
CORE MODUL 2: FRAGEN ZUR GESUNDHEIT																								
C33	Wie würden Sie Ihre gegenwärtige körperliche Verfassung einschätzen?	<input type="checkbox"/> ₁ Sehr gut <input type="checkbox"/> ₂ Gut <input type="checkbox"/> ₃ Weniger gut <input type="checkbox"/> ₄ Schlecht																						
C34	Hatten Sie schon einmal einen von einem Arzt festgestellten Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ₂ Nein <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht	C37																					
C35	Wie viele Herzinfarkte hatten Sie?	Anzahl	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																					
C36A	<p>Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der bzw. die Herzinfarkt(e) aufgetreten ist (sind)?</p> <p>INT: Bei jedem Herzinfarkt fragen: Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt?</p> <p>Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte notieren. Wenn der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Jahr</th> <th style="text-align: left;">Stationär behandelt</th> <th style="text-align: left;">Krankenhaus</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja Nein</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td><input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			Jahr	Stationär behandelt	Krankenhaus		Ja Nein		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____
Jahr	Stationär behandelt	Krankenhaus																						
	Ja Nein																							
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____																						
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____																						
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____																						
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____																						
<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	_____																						
C37	Hatten Sie schon einmal einen von einem Arzt festgestellten Schlaganfall (Gehirnschlag)?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ₂ Nein <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht	C40																					

C38	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der Schlaganfall aufgetreten ist. INT: Wenn Proband sein Alter angibt, das damalige Alter eintragen. Wenn mehrere Schlaganfälle aufgetreten sind, den letzten eintragen. Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.		Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bzw. damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
C39	Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
C40	Sind Sie zuckerkrank (Diabetiker)?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht	C44
C41	Ist dies von einem Arzt festgestellt oder bestätigt worden?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	C44
C41A	Welcher Diabetestyp liegt nach Ihrem Wissen vor?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	„Jugendlicher Diabetes“ (Typ 1) „Altersdiabetes“ (Typ 2) Schwangerschaftsdiabetes Diabetes nach Bauchspeicheldrüsenentzündung Ich weiß nicht	
C42	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem dies festgestellt wurde. INT: Wenn Proband sein Alter angibt, das damalige Alter eintragen. Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.		Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bzw. damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
C43	Wie werden Sie behandelt? INT: Nur eine Angabe! Denken Sie auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Nur mit Tabletten Nur mit Insulin Mit Insulin und Tabletten Nur diätetisch Keine Behandlung	

C43A	Ist bei Ihnen <u>jemals</u> eine der folgenden Erkrankungen oder Komplikationen aufgetreten? Retinopathie (Gefäßschäden am Augenhintergrund) Erblindung Eiweiß im Urin Nierenversagen Behandlung mit „künstlicher Niere“ Nervenleiden in den Beinen (Taubheit, Brennen, Kribbeln) Amputation* (Zeh, Fuß, Unter- oder Oberschenkel) INT: Keine Amputation nach Unfall angeben!	<table border="0"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td>Ich weiß nicht</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td></td> </tr> </table>	Ja	Nein	Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂		
Ja	Nein	Ich weiß nicht																						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																							
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																						
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																							
C43C	Führen Sie einen Diabetiker-Pass? INT: Wenn Proband(in) den Diabetiker-Pass mitgebracht hat, so sollte dieser bei der Beantwortung der folgenden Fragen zu Hilfe genommen werden!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein																					
C43D	Kennen Sie den Begriff „HbA1c“?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein																					
C43E	Wann wurde Ihr HbA1c-Wert zuletzt gemessen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Innerhalb der letzten 12 Monate Vor mehr als einem Jahr Noch nie Ich weiß nicht																					
C43F	Wann wurden zuletzt Ihre Augen untersucht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Innerhalb der letzten 12 Monate Vor mehr als einem Jahr Noch nie Ich weiß nicht																					

C43G	Wann wurden zuletzt Ihre Füße (wegen Ihres Diabetes) untersucht?	<input type="checkbox"/> ₁ Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> ₂ Vor mehr als einem Jahr <input type="checkbox"/> ₃ Noch nie <input type="checkbox"/> ₄ Ich weiß nicht							
C43H	Haben Sie schon mal an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <hr/> <input type="checkbox"/> ₂ Nein	C43J						
C43I	Wann haben Sie zuletzt an einer Diabetiker-Schulung teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ₁ Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> ₂ Vor mehr als einem Jahr <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht <hr/> Wenn C43C = 2 (Diabetiker-Pass wird nicht geführt)	CK1						
C43J	(siehe INT) INT: Hat der/die Proband(in) bei der Beantwortung der letzten Fragen (angefangen mit der über HbA1c) den Diabetiker-Pass hinzugezogen)?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <input type="checkbox"/> ₂ Nein							
CK1	Ist bei Ihnen jemals eine Krebs-erkrankung festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <hr/> <input type="checkbox"/> ₂ Nein <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht	C44						
CK2	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem dies festgestellt wurde. INT: Wenn Proband sein Alter angibt, das damalige Alter eintragen. Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.	Jahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> bzw. damaliges Alter <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
CK3	Um welche Krebserkrankung handelt es sich?	<hr/>							

C44

Wir befragen Sie jetzt zu einer Reihe von Krankheiten. Bitte beantworten Sie jeweils folgende Fragen:

Haben Sie **innerhalb der letzten 12 Monate** eine der folgenden Krankheiten gehabt?

Wenn ja: Ist diese Krankheit **innerhalb der letzten 12 Monate zum ersten Mal** aufgetreten?

Wenn ja: Wurden Sie **innerhalb der letzten 12 Monate wegen dieser Erkrankung** behandelt?

	Innerhalb der letzten 12 Monate gehabt				Innerhalb der letzten 12 Monate zum ersten Mal aufgetreten				Behandelt		
	Ja	Nein	Weiß nicht		Ja	Nein	Weiß nicht		Ja	Nein	Weiß nicht
1. Krampfadern (mit oder ohne „offene Beine“, Ulcus cruris) <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Venenentzündung bei oberflächlich liegenden Venen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
3. Thrombose der tiefliegenden Venen.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina Pectoris).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlußkrankheit, „Schaufensterkrankheit“	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Herzschwäche (Herzinsuffizienz)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Magenschleimhautentzündung, Gastritis.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
11. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
12. Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
13. Erhöhte Blutfette (Cholesterin, Triglyceride)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14. Gicht, erhöhte Harnsäurewerte.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15. Kropf (Struma), andere Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
16. Entzündliche Gelenkerkrankung, z.B. chronische Polyarthrit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
17. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft-, Knie- Schulter- oder Fußgelenke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18. Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule bzw. der Bandscheiben, wie z.B. Bandscheibenvorfall, Ischialgie oder Hexenschuß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
19. Osteoporose, d.h. verminderte Knochendichte.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
20. Migräne (anfallartige Kopfschmerzen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21. Lungenasthma (Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22. Chronische Bronchitis , d.h. Husten mit morgendlichem Aus- wurf an den meisten Tagen, mindestens 3 Monate im Jahr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
23. Sonstige:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
24. Sonstige:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	→	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

CORE MODUL 3: ANGINA PECTORIS

C45	Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja <hr/> Nein	C53A1																								
C46	Treten die Schmerzen oder dieses Unbehagen auf, wenn Sie in Eile sind, bergauf gehen oder sich sonstwie körperlich anstrengen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja <hr/> Nein <hr/> Ich bin nie in Eile und gehe nicht bergauf	C53																								
C47	Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein																									
C48	Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₂	Ich gehe langsamer oder bleibe stehen Ich nehme Nitropräparate ein <hr/> Ich gehe im gleichen Tempo weiter	C53																								
C49	Verschwinden diese Beschwerden, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja <hr/> Nein	C51																								
C50	Wie schnell verschwinden diese Beschwerden?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Nach weniger als 10 Minuten Nach mehr als 10 Minuten																									
C51	Würden Sie mir zeigen, wo dieser Schmerz oder dieses Unbehagen aufgetreten ist? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren.		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hinter dem Brustbein</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td>Linke vordere Brust</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td>Hals/Kieferwinkel</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td>Linke Schulter</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td>Anderes</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">—</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Linke Schulter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	Anderes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<hr/>			—			
	Ja	Nein																										
Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																										
Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																										
Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																										
Linke Schulter	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																										
Anderes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂																										
<hr/>																												
—																												
C52	Strahlt der Schmerz oder das Unbehagen in den linken Arm aus?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein																									

C53	Haben Sie jemals einen sehr starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
CORE MODUL 3 A: SCHAUFENSTERKRANKHEIT (CLAUDICATIO INTERMITTENS)				
C53A1	Bekommen Sie beim Gehen Schmerzen in den Beinen, bzw. einem Ihrer Beine?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	C54
C53A2	Bekommen Sie diese Schmerzen auch wenn Sie stillstehen oder sitzen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	C54
C53A3	In welchem Bereich Ihres Beines fühlen Sie diesen Schmerz, in der Wade oder anderswo?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Wade Anderswo	C54
C53A4	Treten diese Schmerzen auf, wenn Sie bergauf gehen oder in Eile sind?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich bin nie in Eile oder gehe nicht bergauf	C54
C53A5	Treten die Schmerzen auf wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
C53A6	Verschwinden diese Schmerzen während Sie gehen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	C54
C53A7	Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen bekommen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ich bleibe stehen oder gehe langsamer Ich gehe im gleichen Tempo weiter	C54
C53A8	Was passiert mit den Schmerzen, wenn Sie stehen bleiben?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Die Schmerzen lassen nach Die Schmerzen sind unverändert	C54

C53A9	Wie schnell lassen die Schmerzen nach ?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Nach 10 Minuten oder kürzer Nach mehr als 10 Minuten	
CORE MODUL 4: BLUTDRUCK / BLUTFETTE				
C54	Ist bei Ihnen jemals erhöhter Blutdruck oder zu hoher Blutdruck festgestellt worden? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei „Nein“ oder „Ich weiß nicht“ Frage noch einmal stellen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja ----- Nein Ich weiß nicht	C58
C55	In welchem Jahr wurde Ihr erhöhter Blutdruck zum ersten Mal festgestellt oder wie alt waren Sie damals? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter! Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.		Jahr _ _ _ _ bzw. damaliges Alter in Jahren _ _ 	
C56	Ist Ihnen jemals von einem Arzt mitgeteilt worden, daß Sie hohen Blutdruck haben?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
C57	Haben Sie in den letzten zwei Wochen Medikamente gegen hohen Blutdruck eingenommen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
C58	Sind bei Ihnen jemals erhöhte Cholesterinwerte bzw. erhöhte Blutfette festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja ----- Nein Ich weiß nicht	C68
C59	In welchem Jahr wurden die erhöhten Blutfette das erste Mal festgestellt oder wie alt waren sie damals? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter! Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.		Jahr _ _ _ _ bzw. damaliges Alter in Jahren _ _ 	
C60	Ist Ihnen jemals von einem Arzt mitgeteilt worden, daß Sie erhöhte Cholesterinwerte bzw. erhöhte Blutfette haben?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Ernährung, Ihre körperliche Betätigung und das Rauchen.

CORE MODUL 8: RAUCHEN INKL. PASSIVRAUCHEN

C68	Rauchen Sie zur Zeit Zigaretten?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C73
C69	In welchem Jahr haben Sie mit dem Zigarettenrauchen begonnen oder wie alt waren Sie damals? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter!		Jahr _ _ _ _ bzw. damaliges Alter in Jahren _ _	
C70	Rauchen Sie regelmäßig oder gelegentlich; gelegentlich, d.h. gewöhnlich weniger als eine Zigarette pro Tag?	<input type="checkbox"/> ₁	Regelmäßig	
		<input type="checkbox"/> ₂	Gelegentlich	C76
C71	Welche Zigarettensorte rauchen Sie vorwiegend? INT: Markenname oder 'Selbst-gedrehte' (Code S 88) eintragen. Genau nach Zigarettenliste codieren.		_____ _ _ _ _	
C72	Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?		Anzahl _ _	
C73	Haben Sie jemals Zigaretten geraucht?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C77
C74	In welchem Jahr haben Sie mit dem Zigarettenrauchen begonnen oder wie alt waren Sie damals? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter! Wenn der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.		Jahr _ _ _ _ bzw. damaliges Alter in Jahren _ _	

C75	Wann haben Sie mit dem Zigarettenrauchen aufgehört? INT: Bitte nur eine Angabe, also entweder Jahr oder Alter!	<input type="checkbox"/> ₁ Vor weniger als 1 Monat <input type="checkbox"/> ₂ Vor 1-3 Monaten <input type="checkbox"/> ₃ Vor 4-6 Monaten <input type="checkbox"/> ₄ Vor 7-12 Monaten <input type="checkbox"/> ₅ Vor mehr als 1 Jahr, nämlich: Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> bzw. damaliges Alter in Jahren <input type="text"/> <input type="text"/>	
C76	Was war die größte Anzahl Zigaretten, die Sie täglich über ein Jahr geraucht haben?	Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
C77	Haben Sie jemals Zigarren, Zigarillos oder Pfeife geraucht? Wenn ja, rauchen Sie immer noch?	<input type="checkbox"/> ₁ Nein <input type="checkbox"/> ₂ Ja, aber jetzt nicht mehr <input type="checkbox"/> ₃ Ja, gelegentlich, d. h. weniger als 1 Zigarre, Zigarillo oder Pfeife pro Tag <input type="checkbox"/> ₄ Ja, regelmäßig	<div>Wenn A1 = 1 (nur 1 Person im Haushalt) und C16 <> 3 (Proband derzeit berufstätig) C81</div> <div>Wenn A1 = 1 (nur 1 Person im Haushalt) und C16 = 3 (Proband derzeit nicht berufstätig) C82</div>
C78	Raucht - abgesehen von Ihnen - jemand in Ihrem Haushalt?	<input type="checkbox"/> ₁ Ja <hr/> <input type="checkbox"/> ₂ Nein	C81
C79	Wieviel wird in Ihrem Haushalt von anderen geraucht?	<input type="checkbox"/> ₁ Sehr viel <input type="checkbox"/> ₂ Viel <input type="checkbox"/> ₃ Kaum	
C81	Wieviel wird von anderen Personen an Ihrem Arbeitsplatz bzw. Arbeitsraum geraucht?	<input type="checkbox"/> ₁ Sehr viel <input type="checkbox"/> ₂ Viel <input type="checkbox"/> ₃ Kaum <input type="checkbox"/> ₄ Gar nicht	

C82	Fühlen Sie sich oft, manchmal oder nie durch das Rauchen anderer belästigt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Oft Manchmal Nie <hr/> Wenn A1 = 1 (nur 1 Person im Haushalt) oder (Wenn A1 > 1 (mehr als 1 Person im Haushalt) und C78 = 2 (im Haushalt raucht niemand sonst))	C85
C83	Ist Ihr Ehepartner oder Partner (oder ein anderes Haushaltsmitglied) Raucher?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja <hr/> Nein	C86
C84	Was raucht Ihr Ehepartner oder Partner? INT: Liste D vorlegen.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <hr/> <input type="checkbox"/> ₃	Nur Zigaretten Außer Zigaretten auch Zigarren, Zigarillos oder Pfeife <hr/> Nur Zigarren, Zigarillos oder Pfeife	C86
C85	Raucht Ihr Ehepartner oder Partner mehr als 20 Zigaretten pro Tag oder weniger ?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Mehr als 20 Zigaretten/Tag Weniger als 20 Zigaretten/Tag	
CORE MODUL 9: ALKOHOLKONSUM				
C86	Wieviel Bier, Wein und Schnaps haben Sie am letzten Wochenende , also am Samstag und Sonntag getrunken? INT: Alkoholika gemäß Alkoholliste zuordnen! Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0,0 bzw. 0 ausfüllen.		Bier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter Leichtbier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter Alkoholfreies Bier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter Wein oder Sekt (auf 0,2 l genau) __ __ , __ Liter Schnaps (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) __ __ Gläser	

C87	<p>Wieviel Bier, Wein und Schnaps haben Sie am letzten Werktag getrunken?</p> <p>INT: Fällt der letzte Werktag auf einen Freitag, dann den Tag zuvor (Donnerstag) nehmen. Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0,0 bzw. 0 ausfüllen.</p>	<p>Bier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter</p> <p>Leichtbier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter</p> <p>Alkoholfreies Bier (auf 0,5 l genau) __ __ , __ Liter</p> <p>Wein oder Sekt (auf 0,2 l genau) __ __ , __ Liter</p> <p>Schnaps (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) __ __ Gläser</p>	
------------	--	---	--

CORE MODUL 10: FOOD FREQUENCY

C90

Wie häufig nehmen Sie die folgenden Nahrungsmittel zu sich?

INT: Liste E vorlegen! Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.

	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Geflügel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Fisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Kartoffeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Teigwaren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Reis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Salat oder Gemüse, roh zubereitet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Gemüse, gekocht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Frisches Obst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Schokolade, Pralinen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Kuchen, Gebäck, Kekse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Sonstige Süßwaren (Bonbons, u.ä.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Salzige Knabbereien wie gesalzene Erdnüsse, Chips, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Vollkornbrot, Schwarzbrot, Knäckebrot	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Haferflocken, Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Quark, Joghurt, Dickmilch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Fettarme Milchprodukte bis 1,5% Fettgehalt (Joghurt, Milch, Quark, etc)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Käse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Eier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Milch einschl. Buttermilch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Margarine (als Brotaufstrich)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Welche: _____						

	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
Butter (als Brotaufstrich)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Diätlimonade, sonst. Diätgetränke	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Obstsäfte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Sonstige Erfrischungsgetränke, (Limonaden, Cola-Getränke, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
Mineralwasser	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆

C91	Wie viele Tassen Kaffee und wie viele Tassen schwarzen oder grünen Tee trinken Sie gewöhnlich am Tag? INT: Angaben für 'normale' Tassen umrechnen! Wenn Proband keinen Kaffee oder Tee trinkt, 0 eingeben. Wenn nur 1 bis 2 Tassen pro Woche, dann auch 0 eingeben.		Anzahl Tassen Kaffee/Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Anzahl Tassen Tee/Tag <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
C92	Halten Sie eine bestimmte Diät oder Ernährungsweise ein?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C94
C93A	Ernähren Sie sich glutenfrei oder glutenarm, d.h. vermeiden Sie Lebensmittel, die Weizen, Roggen, Gerste oder Hafer enthalten?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C93E
C93B	Halten Sie diese Diät ein, weil Sie an Zöliakie/Sprue erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	
C93C	Halten Sie diese Diät ein, weil Sie an Dermatitis herpetiformis erkrankt sind?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C93E
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	
C93D	Aus welchen anderen Gründen halten Sie diese Diät ein?		_____ _____ _____	
C93E	Welche andere Diät bzw. Ernährungsweise halten Sie ein?		_____ _____ _____	

CORE MODUL 11: KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

A4	Wie intensiv betreiben Sie Gymnastikübungen, Fitness oder Sport? INT: Gefragt wird hier nach der subjektiven Einschätzung des Probanden!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆	Sehr intensiv Intensiv Weniger intensiv Nicht intensiv Überhaupt nicht Ich weiß nicht	
C94	Wie oft betreiben Sie im Winter Sport?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Regelmäßig mehr als 2 Stunden in der Woche Regelmäßig 1 bis 2 Stunden in der Woche Weniger als 1 Stunde in der Woche Keine sportliche Betätigung im Winter	
C95	Wie oft betreiben Sie im Sommer Sport?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Regelmäßig mehr als 2 Stunden in der Woche Regelmäßig 1 bis 2 Stunden in der Woche Weniger als 1 Stunde in der Woche Keine sportliche Betätigung im Sommer	
C96	Wie würden Sie Ihre Arbeit bzw. Ihre Hauptbeschäftigung einstufen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Als schwere körperliche Arbeit Als mittelschwere körperliche Arbeit Als leichte körperliche Arbeit Keine nennenswerte körperliche Arbeit	
C97	Wie lange sind Sie darüber hinaus an Werktagen normalerweise zu Fuß unterwegs, wie z.B. Spaziergehen, Wege zur Arbeit, Einkaufen ?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Mehr als eine Stunde Eine halbe bis zu einer Stunde Eine viertel- bis zu einer halben Stunde Weniger als eine Viertelstunde	
C98	Wie lange sind Sie darüber hinaus an Werktagen normalerweise mit dem Fahrrad unterwegs, wie z.B. Wege zur Arbeit, Einkaufen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Mehr als eine Stunde Eine halbe bis zu einer Stunde Eine viertel- bis zu einer halben Stunde Weniger als eine Viertelstunde Fahre nicht Fahrrad	

C99	Haben Sie oft, manchmal oder fast nie Probleme einzuschlafen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Oft Manchmal Fast nie	
C100	Haben Sie oft, manchmal oder fast nie Probleme durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Oft Manchmal Fast nie	

Nun möchten wir Sie zu Ihrer Familie und zu Erkrankungen in der Familie befragen.

CORE MODUL 5: FAMILIENANAMNESE

C61	Hat oder hatte Ihr leiblicher Vater eine der folgenden Krankheiten? Wenn ja: Ist die Krankheit erstmals vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten oder später?						
	<u>Krankheit aufgetreten?</u>			<u>Wann erstmals aufgetreten?</u>			
	Ja	Nein	Ich weiß nicht	vor dem Alter von 60	im Alter von 60 oder später	Ich weiß nicht	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Hohen Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Krebskrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	Welche: _____						
C61A	Hat oder hatte Ihre leibliche Mutter eine der folgenden Krankheiten? Wenn ja: Ist die Krankheit erstmals vor dem 60. Lebensjahr aufgetreten oder später?						
	<u>Krankheit aufgetreten?</u>			<u>Wann erstmals aufgetreten?</u>			
	Ja	Nein	Ich weiß nicht	vor dem Alter von 60	im Alter von 60 oder später	Ich weiß nicht	
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Hohen Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
Krebskrankheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
	Welche: _____						

C62	Lebt Ihr Vater noch? INT: Gemeint ist der leibliche Vater.	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C65
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	
		<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht	C65
C63	Wie alt war Ihr Vater, als er starb? INT: Wenn Alter des Vaters nicht bekannt, dann Notiz anlegen!		Alter in Jahren	_ _ _
C64	Was war die Todesursache? INT: Bitte nur eine Angabe!	<input type="checkbox"/> ₁	Unfall	
		<input type="checkbox"/> ₂	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	
		<input type="checkbox"/> ₃	Herzinfarkt	
		<input type="checkbox"/> ₄	Schlaganfall	
		<input type="checkbox"/> ₅	Krebskrankheit	
			Welche: _____	
		<input type="checkbox"/> ₈	Im Krieg gefallen	
		<input type="checkbox"/> ₆	Sonstiges: _____	
<input type="checkbox"/> ₇	Ich weiß nicht			
C65	Lebt Ihre Mutter noch?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	FV
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	
		<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht	FV
C66	Wie alt war Ihre Mutter, als sie starb? INT: Wenn Alter der Mutter nicht bekannt, dann Notiz anlegen!		Alter in Jahren	_ _ _

C67	Was war die Todesursache? INT: Bitte nur eine Angabe!	<input type="checkbox"/> ₁ Unfall <input type="checkbox"/> ₂ Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) <input type="checkbox"/> ₃ Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ₄ Schlaganfall <input type="checkbox"/> ₅ Krebskrankheit Welche: _____ <input type="checkbox"/> ₆ Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> ₇ Ich weiß nicht	
------------	---	---	--

MODUL FAMILIENANGEHÖRIGE

FV	In welchem Jahr wurde Ihr Vater geboren? INT: Jahr vierstellig eingeben, z.B. 1914. Falls nur Alter bekannt, Tabelle zur Umrechnung von Alter in Geburtsjahr verwenden.	Jahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
FM	In welchem Jahr wurde Ihre Mutter geboren? INT: Jahr vierstellig eingeben, z.B. 1921. Falls nur Alter bekannt, Tabelle zur Umrechnung von Alter in Geburtsjahr verwenden.	Jahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
FGanz	Wie viele leibliche Geschwister bzw. Halbgeschwister haben Sie? Gemeint sind nur lebende Geschwister.	Anzahl <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
FG1	1. Geschwister Ist Ihr 1. Geschwister ein Bruder oder eine Schwester? In welchem Jahr wurde er/sie geboren? Wie viele Kinder hat Ihr Bruder/Ihre Schwester?	<input type="checkbox"/> ₁ Bruder <input type="checkbox"/> ₂ Schwester Jahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Anzahl <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
FG2	2. Geschwister Ist Ihr 2. Geschwister ein Bruder oder eine Schwester? In welchem Jahr wurde er/sie geboren? Wie viele Kinder hat Ihr Bruder/Ihre Schwester?	<input type="checkbox"/> ₁ Bruder <input type="checkbox"/> ₂ Schwester Jahr <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Anzahl <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							

FG3	3. Geschwister Ist Ihr 3. Geschwister ein Bruder oder eine Schwester? In welchem Jahr wurde er/sie geboren? Wie viele Kinder hat Ihr Bruder/Ihre Schwester?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Bruder Schwester Jahr Anzahl	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>
FG4	4. Geschwister Ist Ihr 4. Geschwister ein Bruder oder eine Schwester? In welchem Jahr wurde er/sie geboren? Wie viele Kinder hat Ihr Bruder/Ihre Schwester?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Bruder Schwester Jahr Anzahl	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>
FG5	5. Geschwister Ist Ihr 5. Geschwister ein Bruder oder eine Schwester? In welchem Jahr wurde er/sie geboren? Wie viele Kinder hat Ihr Bruder/Ihre Schwester?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Bruder Schwester Jahr Anzahl	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>
FG6	Weitere Geschwister: Bitte weiter unten angeben.			
FKanz	Wie viele leibliche Kinder haben Sie? INT: Gemeint sind nur lebende Kinder.		Anzahl	<div> <div></div> <div></div> </div>
FK1	1. Kind Ist Ihr 1. Kind ein Sohn oder eine Tochter? In welchem Jahr wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter geboren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Sohn Tochter Jahr	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>
FK2	2. Kind Ist Ihr 2. Kind ein Sohn oder eine Tochter? In welchem Jahr wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter geboren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Sohn Tochter Jahr	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>

FK3	3. Kind Ist Ihr 3. Kind ein Sohn oder eine Tochter? In welchem Jahr wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter geboren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Sohn Tochter Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
FK4	4. Kind Ist Ihr 4. Kind ein Sohn oder eine Tochter? In welchem Jahr wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter geboren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Sohn Tochter Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
FK5	5. Kind Ist Ihr 5. Kind ein Sohn oder eine Tochter? In welchem Jahr wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter geboren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Sohn Tochter Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>
FK6	Weitere Kinder: Bitte mit den gleichen Angaben wie oben angeben. <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
FG6	Weitere Geschwister: Bitte mit den gleichen Angaben wie oben angeben. <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>			
ZEIT11	Uhrzeit (Ende MODUL FAMILIENANGEHÖRIGE)			

MODUL BLUTDRUCKMESSUNG

Nun möchte ich zunächst Ihren Blutdruck messen.

R1	Blutdruckmessung		Untersuchernummer	_ _ _	
R2	Gerätenummer (Random-Zero)			_ _	
R3	Armumfang (cm) auf 0,1 cm genau			_ _ , _ in cm	
R4	Manschettengröße	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	klein groß		
R5	Haben Sie in den letzten drei Stunden etwas getrunken?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein		
R6	1. Messung (mmHg)		Uhrzeit	_ _ . _ _ Std. Min.	
			Systole/Diastole	_ _ _ / _ _ _	
			Ruhepuls (1/Min)	_ _ _	
R7A	Raumtemperatur (°C)			_ _ , _	
R7B	Pulsqualität	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Regelmäßig Unregelmäßig		
	Besondere Vorkommnisse bei der ersten Messung (z.B. Messung am linken Arm, Störungen)			_____ _____	
R8	2. Messung (mmHg)		Uhrzeit	_ _ . _ _ Std. Min.	
			Systole/Diastole	_ _ _ / _ _ _	
			Ruhepuls (1/Min)	_ _ _	
	Besondere Vorkommnisse bei der zweiten Messung			_____ _____	
R9	3. Messung (mmHg)		Uhrzeit	_ _ . _ _ Std. Min.	
			Systole/Diastole	_ _ _ / _ _ _	
			Ruhepuls (1/Min)	_ _ _	
	Besondere Vorkommnisse bei der dritten Messung			_____ _____	
ZEIT12	Uhrzeit Ende MODUL BLUTDRUCKMESSUNG				_ _ : _ _

In den folgenden Fragen interessieren wir uns dafür, wie stark Sie durch Lärm belastet sind oder waren.

MODUL LÄRMBELASTUNG

U1	Halten Sie sich länger als 6 Monate im Jahr an Ihrem Wohnsitz auf ?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	U15 A5
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein Wenn Proband berufstätig ist oder war Wenn Proband nie berufstätig war	
U2	Seit wieviel Jahren wohnen Sie in Ihrer Wohnung ?		<div style="text-align: right;"> _ _ Jahre</div>	
Im folgenden stelle ich Ihnen einige Fragen zur Wohnung und zur Lage von Wohn- und Schlafraum:				
U3	Welche Lage zur Straße hat der hauptsächlich benutzte Wohnraum? Liegt dieser Raum zu der Straße, die Ihrer Adresse entspricht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
U3A	Liegt dieser Raum ...? INT: Liste L1 vorlegen! Wenn der Raum zu zwei von den angegebenen Möglichkeiten gelegen ist, die lautere Lage wählen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	zur Hauptverkehrsstraße zur Nebenstraße zum Innenhof mit offener Bebauung zum Innenhof mit geschlossener Bebauung {Ich weiß nicht}	
U4	Wie viele Stunden pro Tag verbringen Sie durchschnittlich in diesem Raum?		<div style="text-align: right;"> _ _ Stunden</div>	
U5	Wenn Sie sich in dem Wohnraum befinden, den Sie hauptsächlich benutzen, halten Sie die Fenster üblicherweise...?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	offen oder gekippt einen Spalt geöffnet geschlossen temperaturabhängig {Ich weiß nicht}	
U6	Welche Beschaffenheit haben Ihre Fenster in diesem Raum? Haben Sie...? INT: Sonstige Fenster zu den Typen 1-3 zuordnen (z.B. Kasten-Doppelfenster zu 2).	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Schallschutzfenster Doppelfenster oder Isolierverglasung Einfachfenster {Ich weiß nicht}	

U6A	Haben Sie einen vom Wohnraum getrennten Schlafraum?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	U10
U7	Welche Lage zur Straße hat der Schlafraum ? Liegt der Schlafraum zu der Straße, die Ihrer Adresse entspricht?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	
U7A	Liegt der Schlafraum ...? INT: Liste L1 vorlegen! Wenn der Raum zu zwei von den angegebenen Möglichkeiten gelegen ist, die lautere Lage wählen!	<input type="checkbox"/> ₁	zur Hauptverkehrsstraße	
		<input type="checkbox"/> ₂	zur Nebenstraße	
		<input type="checkbox"/> ₃	zum Innenhof mit offener Bebauung	
		<input type="checkbox"/> ₄	zum Innenhof mit geschlossener Bebauung	
		<input type="checkbox"/> ₅	{Ich weiß nicht}	
U8	Halten Sie die Fenster in diesem Raum beim Schlafen die meiste Zeit...?	<input type="checkbox"/> ₁	offen oder gekippt	
		<input type="checkbox"/> ₂	einen Spalt geöffnet	
		<input type="checkbox"/> ₃	geschlossen	
		<input type="checkbox"/> ₄	temperaturabhängig	
		<input type="checkbox"/> ₅	{Ich weiß nicht}	
U9	Welche Beschaffenheit haben Ihre Fenster im Schlafraum? Haben Sie...? INT: Sonstige Fenster zu den Typen 1-3 zuordnen (z.B. Kasten-Doppelfenster zu 2).	<input type="checkbox"/> ₁	Schallschutzfenster	
		<input type="checkbox"/> ₂	Doppelfenster oder Isolierverglasung	
		<input type="checkbox"/> ₃	Einfachfenster	
		<input type="checkbox"/> ₄	{Ich weiß nicht}	
U10	Wie stark fühlen Sie sich in den letzten Jahren tagsüber in Ihrer Wohnung durch die folgenden Lärmquellen gestört? Nennen Sie bitte einen Wert von der Liste L2 . INT: Liste L2 vorlegen!		Straßenverkehrslärm <input type="text"/> Fluglärm <input type="text"/> Schienenverkehrslärm <input type="text"/> Industrie- oder Gewerbelärm <input type="text"/> Nachbarschaftslärm (auch Geräusche im Haus) <input type="text"/>	
U11	Wie stark fühlen Sie sich in den letzten Jahren beim Schlafen in Ihrer Wohnung durch die folgenden Lärmquellen gestört? Nennen Sie bitte einen Wert von der Liste L2 . INT: Liste L2 vorlegen!		Straßenverkehrslärm <input type="text"/> Fluglärm <input type="text"/> Schienenverkehrslärm <input type="text"/> Industrie- oder Gewerbelärm <input type="text"/> Nachbarschaftslärm (auch Geräusche im Haus) <input type="text"/>	

Arbeitslärm

Die Fragen U15-U24 nur an Probanden, die derzeit berufstätig sind oder früher berufstätig waren.

U15	Können Sie uns angeben, wann Sie mit der Arbeitstätigkeit an Ihrem gegenwärtigen bzw. letzten Arbeitsplatz begonnen haben? Geben Sie bitte das Jahr an.		Jahr	_ _ _ _	
Die Frage U16 nur an Probanden, die derzeit nicht berufstätig sind.					
U16	Falls Sie jetzt nicht erwerbstätig sind, wann endete Ihre letzte Tätigkeit? Geben Sie bitte das Jahr an.		Jahr	_ _ _ _ Wenn vor 1990 Wenn 1990 oder später	A5 U17
U17	Arbeiten /arbeiteten Sie im Schichtdienst?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Ja, aber ohne Nachtschicht Ja, mit Nachtschicht Nein {Ich weiß nicht}		
U18	Mit welcher der folgenden Lärmquellen ist / war die Lautstärke an Ihrem letzten Arbeitsplatz am besten zu vergleichen? Nennen Sie bitte einen Wert von der Liste L3 . INT: Liste L3 vorlegen!		Skalenwert	_	
U19	Wie laut müssen / mußten Sie sprechen, damit eine Person, die in ca. 1 m Entfernung von Ihnen steht, Sie noch verstehen kann / konnte? Sprechen / sprachen Sie mit...?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	normaler Stimme erhobener Stimme sehr lauter Stimme Müssen / mußten Sie schreien? Ist / war eine Verständigung auch mit Schreien nicht mehr möglich? {Ich weiß nicht}		
U20	Wie oft kommt / kam es vor, daß es an Ihrem Arbeitsplatz plötzlich sehr laut wird / wurde, z.B. durch Knall- oder Hammergeräusche? Kommt / kam es...?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	nie oder selten vor einige Male pro Tag vor mehrmals pro Stunde vor noch öfter vor {Ich weiß nicht}		

U21	Empfinden oder empfanden Sie die Geräusche an Ihrem Arbeitsplatz als belästigend oder störend für Ihre Arbeitstätigkeit? Nennen Sie bitte einen Wert von der Liste L4 . INT: Liste L4 vorlegen!		Skalenwert	__	
U22	Werden / wurden an Ihrem Arbeitsplatz Gehörschützer zur Verfügung gestellt?	<input type="checkbox"/> ₁	ja		
<input type="checkbox"/> ₂		Nein		U24	
<input type="checkbox"/> ₃		{Ich weiß nicht}			
U23	Wie häufig benutzen / benutzten Sie an Ihrem Arbeitsplatz Gehörschutz? Geben Sie bitte einen Wert von der Liste L5 an. INT: Liste L5 vorlegen!		Skalenwert	__	
U24	Werden / wurden bei Ihnen im Rahmen des Arbeitsschutzes regelmäßig Hörtests durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	ja Nein {Ich weiß nicht}		

Nun kommen einige Fragen, die Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Körper und Ihrer körperlichen Verfassung betreffen.

MODUL BELASTUNG DURCH ÜBERGEWICHT

A5	Wiegen Sie heute mehr oder weniger als vor einem Jahr? INT: Die Einschätzung, was „viel“, „etwas“ oder „gleich“ bedeutet, soll durch den Probanden erfolgen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆	Ja, ich wiege jetzt viel mehr Ja, ich wiege jetzt etwas mehr Mein Gewicht ist gleich geblieben Ja, ich wiege jetzt etwas weniger Ja, ich wiege jetzt viel weniger Ich weiß nicht	
A6	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Sehr zufrieden Eher zufrieden Eher unzufrieden Sehr unzufrieden Ich weiß nicht	

A9	Fühlen Sie sich durch Ihr Gewicht eingeschränkt, z. B. beim Sport oder bei der Arbeit?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Ja, sehr eingeschränkt Ja, eher eingeschränkt Nein, eher nicht eingeschränkt Nein, gar nicht eingeschränkt Ich weiß nicht	
A10	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät zum Abnehmen gemacht? INT: Wichtig ist hier der Hinweis auf Gewichtsabnahme.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja ----- Nein Ich weiß nicht	A27
A12	Wenn ja: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät eingehalten? INT: Hier ist die Anzahl der Diäten gemeint. Die Definition, was eine abgeschlossene Diät bedeutet, soll wieder durch den Probanden erfolgen.	_ _ _ mal		
A13	Wie viele Wochen insgesamt haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät/Diäten eingehalten? INT: Bitte die Zeiträume aller Diäten zusammenzählen!	_ _ Wochen		
A14	Wieviel Kilogramm haben Sie durch ihre erfolgreichste Diät in den letzten 12 Monaten abgenommen? INT: Gefragt ist hier nach der höchsten Gewichtsabnahme innerhalb einer Diät.	_ _ kg		
A15	Wieviel Kilogramm haben Sie seit dieser Diät wieder zugenommen? INT: Gefragt ist hier nach der Gewichtszunahme seit dieser Diät.	_ _ kg		
A16	Wie erfolgreich waren diese Diäten für Sie?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Sehr erfolgreich Eher erfolgreich Eher nicht erfolgreich Gar nicht erfolgreich Ich weiß nicht	
A17	Wieviel Geld in DM haben Sie ungefähr für diese Diäten in den letzten 12 Monaten ausgegeben?	_ _ _ _ DM		

A19	Wie sehr haben die Menschen, die Ihnen nahestehen, Sie bei diesen Diäten unterstützt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Sehr unterstützt Eher unterstützt Eher nicht unterstützt Gar nicht unterstützt Ich weiß nicht	
A20	Fühlen Sie sich in Ihrer Lebensfreude eingeschränkt, wenn Sie eine Diät einhalten?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Ja, sehr eingeschränkt Ja, eher eingeschränkt Eher nicht eingeschränkt Gar nicht eingeschränkt Ich weiß nicht	
A21	Der mit einer Diät häufig verbundene Wechsel zwischen Gewichtszunahme und -abnahme wird häufig als „Jojo-Effekt“ bezeichnet? Haben Sie diesen Effekt schon an sich selber beobachtet?	<input type="checkbox"/> ₁ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	A27
A22	Wie sehr haben Sie sich durch diesen Jojo-Effekt belastet gefühlt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Sehr belastet Etwas belastet Gar nicht belastet Ich weiß nicht	
A27	Wie häufig frühstücken Sie pro Woche?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇	Täglich Fünf bis sechsmal Drei bis viermal Zweimal Einmal Nie Ich weiß nicht	
A28	Essen Sie weiter, wenn es Ihnen schmeckt, auch wenn Sie satt sind?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	Immer Oft Manchmal Nie Ich weiß nicht	

MODUL SF12

Bei den folgenden Fragen geht es speziell um Ihre eigene Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Wir möchten gerne wissen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen:

A30	<p>Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</p> <p>INT: Liste R2 vorlegen!</p>	<input type="checkbox"/> ₁ Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> ₂ Sehr gut <input type="checkbox"/> ₃ Gut <input type="checkbox"/> ₄ Weniger gut <input type="checkbox"/> ₅ Schlecht <input type="checkbox"/> ₆ Ich weiß nicht	
A31	<p>Sind oder wären Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei den folgenden mittelschweren Tätigkeiten eingeschränkt?</p> <p>Einen Tisch verschieben, staubsaugen, Kegeln oder Golf spielen</p> <p>INT: „Wäre“ bedeutet hier, daß der Proband sich vorstellen soll, ob er bei der genannten Tätigkeit eingeschränkt wäre, auch wenn er sie zur Zeit nicht oder überhaupt nicht ausübt!</p>	<input type="checkbox"/> ₁ Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₂ Etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₃ Nein, nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₄ Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> ₅ Trifft nicht zu	
A32	<p>... z.B. mehrere Stockwerke steigen, eingeschränkt?</p> <p>INT: „Mehrere Stockwerke“ bedeutet so viele Stockwerke, wie der Proband sich unter mehreren Stockwerken vorstellt.</p>	<input type="checkbox"/> ₁ Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₂ Etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₃ Nein, nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₄ Ich weiß nicht <input type="checkbox"/> ₅ Trifft nicht zu	
A33	<p>Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten, z.B. daß Sie weniger geschafft haben als Sie wollten?</p> <p>INT: Hier geht es um die letzten 4 Wochen!</p>	<input type="checkbox"/> ₁ Trifft zu <input type="checkbox"/> ₂ Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht	
A34	<p>... daß Sie sich besonders anstrengen mußten?</p>	<input type="checkbox"/> ₁ Trifft zu <input type="checkbox"/> ₂ Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> ₃ Ich weiß nicht	

A35	Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten, z.B. daß Sie weniger geschafft haben als Sie wollten? INT: Seelische Probleme = Nieder- geschlagenheit oder Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Trifft zu Trifft nicht zu Ich weiß nicht	
A36	... z.B. daß Sie nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten konnten?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Trifft zu Trifft nicht zu Ich weiß nicht	
A37	Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Haus und im Beruf behindert? INT: Liste R3 vorlegen! Hier geht es um die letzten 4 Wochen!	<input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₇	Ich hatte keine Schmerzen Überhaupt nicht Etwas Mäßig Ziemlich Sehr Ich weiß nicht	
<i>In den nächsten Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen ergangen ist.</i>				
A38	Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ruhig und gelassen? INT: Liste R4 vorlegen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇	Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal Selten Nie Ich weiß nicht	

A39	Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen voller Energie? INT: Liste R4 vorlegen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇	Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal Selten Nie Ich weiß nicht	
A40	Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen entmutigt und traurig? INT: Liste R4 vorlegen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆ <input type="checkbox"/> ₇	Immer Meistens Ziemlich oft Manchmal Selten Nie Ich weiß nicht	
A41	Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen, z.B. Besuche bei Freunden oder Verwandten, beeinträchtigt? INT: Liste R4 vorlegen!	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅ <input type="checkbox"/> ₆	Immer Meistens Manchmal Selten Nie Ich weiß nicht	

CORE MODUL 7: FRAUENFRAGEN

Die nächsten Fragen richten sich speziell an Frauen. Es geht dabei um Schwangerschaft, Pilleneinnahme und ähnliches.

	INT: Männer weiter mit Frage DA4! Die Fragen C101-C133 nur an Frauen			
C101	Sind Sie zur Zeit schwanger? INT: Diese Frage wird nur an Frauen ≤ 55 Jahre gestellt.	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht, möglicherweise	C103
C102	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?		Schwangerschaftswoche 	C104

C103	Waren Sie jemals schwanger? (einschließlich Totgeburten und Fehlgeburten!)	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C111
C104	Wie viele Kinder haben Sie geboren, einschließlich totgeborener Kinder? INT: Definition Totgeburt: Geburt einer toten Leibesfrucht nach einer Schwangerschaft von mindestens 28 Wochen (bzw. mind. 7 Monaten).		Anzahl der Geburten <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Wenn Anzahl Kinder = 0	C109
C105	In welchem Jahr war die Geburt Ihres ersten Kindes? Denken Sie dabei auch an ein totgeborenes Kind.		im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Wenn C104 = 1 (1 Kind geboren)	C107
C106	In welchem Jahr war die Geburt Ihres letzten Kindes (einschließlich totgeborenen Kindern)?		im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
C107	Wie viele Ihrer Kinder haben Sie gestillt?		Anzahl gestillter Kinder <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Wenn keine Kinder gestillt wurden, Wert 0	C109
C108	Wie viele Monate haben Sie insgesamt (d.h. die Stillzeiten mehrerer Kinder zusammen- gerechnet) gestillt?		Anzahl der Monate <input type="text"/> <input type="text"/>	
C109	Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt, d.h. einen Abgang oder Schwanger- schaftsabbruch vor Ende des 7. Monats?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C111
		<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht	
C110	Wie viele Fehlgeburten hatten Sie insgesamt?		Anzahl der Fehlgeburten <input type="text"/> <input type="text"/>	
C111	In welchem Alter hatten Sie die erste Regelblutung (Menarche)?		Damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
			Wenn C101=1 (derzeit schwanger)	C112

C115	Nehmen Sie zur Zeit die Antibabypille ein? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf die Pille, die als Verhütungsmittel eingenommen wird, nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C112
C114	Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal die Antibabypille eingenommen haben?		Damaliges Alter __ __	
C113	Wie viele Monate bzw. Jahre haben Sie die Antibabypille eingenommen? INT: Nur Dauer der tatsächlichen Einnahme erfragen! Angabe erfolgt in Monaten (nur bis zu 12 Monate!) oder Jahren. Wenn > 1 Jahr auf ganze Jahre ab- bzw. aufrunden.		Anzahl der Monate __ __ bzw. Anzahl der Jahre __ __	
			Wenn C115 = 1 (derzeit Einnahme der Antibabypille)	C117
C112	Haben Sie jemals die Antibabypille eingenommen?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C114 C113 C116
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein Wenn „Nein“ und C101 = 1 (derzeit schwanger)	C117 C131
C116	Wie alt waren Sie als Sie zum letzten Mal die Antibabypille eingenommen haben?		Damaliges Alter __ __	
			Wenn C101 = 1 (derzeit schwanger)	C131
C117	Hatten Sie innerhalb der letzten 12 Monate eine Regelblutung?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C123
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C122
C118	Wie alt waren Sie, als Sie zum letzten Mal Ihre Regelblutung hatten? Diese Frage bezieht sich auf die letzte Regelblutung vor Eintritt der Menopause bzw. vor Beginn der Einnahme von Hormonersatzpräparaten.		Damaliges Alter __ __	C127

C119	Haben Sie jemals diese Hormon- ersatzpräparate eingenommen?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C118 C127
		<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht Wenn C117 = 1 (Regelblutung innerhalb der letzten 12 Monate)	
C120	Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal diese Hormonpräparate eingenommen bzw. verwendet haben?		Damaliges Alter __ __	
C121	Wie viele Monate bzw. Jahre haben Sie diese Hormonpräparate insgesamt eingenommen? INT: Nur die Dauer der Einnahme ausfüllen; nicht den Zeitraum. Nur eine Angabe ausfüllen. Wenn >1 Jahr, auf ganze Jahre ab- bzw. aufrunden.		Anzahl der Monate __ __	C118
			bzw. Anzahl der Jahre __ __	
C122	Nehmen Sie zur Zeit Hormonersatz- präparate ein (gemeint sind Oestro- gene oder Gestagene, d.h. Hormon- präparate speziell für Frauen außer der Antibabypille z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen)?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C120 C121
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C119
C123	Haben Sie noch regelmäßige Blutungen?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	C126
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C124 C125 C122
C124	Wie viele Regelblutungen hatten Sie während der letzten 12 Monate?		Anzahl __ __	
C125	Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?		(Monat/Jahr) __ __ . __ __	C122
C126	An welchem Tag hat das letzte Mal Ihre Blutung eingesetzt? INT: Kalender zur Hilfe nehmen		(Tag/Monat/Jahr) __ __ . __ __ . __ __	C122

C127	Hatten Sie im letzten Jahr folgende Symptome?		<div> <div>Ja</div> <div>Nein</div> <div>Ich weiß nicht</div> </div> <div> <input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂ <input type="checkbox"/>₃ </div> <div> <input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂ <input type="checkbox"/>₃ </div> <div> <input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂ <input type="checkbox"/>₃ </div>	
	Hitzewallungen			
	Depressive Stimmungen			
	Schlafstörungen			
			Wenn C123 = 1 (noch regelmäßige Blutungen) oder Wenn C115 = 1 (derzeit Einnahme Antibabypille) oder Wenn C101 = 1 (derzeit schwanger)	C131
C129	Wurde bei Ihnen die Gebärmutter entfernt?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	C131
C130	In welchem Jahr wurde der Eingriff durchgeführt?		im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
C131	Wurde bei Ihnen schon einmal ein operativer Eingriff an den Eierstöcken vorgenommen?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA4
C132	Wurde Ihnen dabei einer oder beide Eierstöcke entfernt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja, einer Ja, beide Nein	
C133	In welchem Jahr wurde der Eingriff durchgeführt?		im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Wir möchten Sie jetzt noch zu allergischen Symptomen und Erkrankungen etwas genauer befragen.

MODUL DERMATOLOGIE / ALLERGOLOGIE

Allgemeines Interview

DA4	Hatten Sie irgendwann einmal Neurodermitis (atopisches/endogenes Ekzem)?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA8
DA4A	Wurde die Neurodermitis / das atopische Ekzem von einem Arzt diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	

DA4B	Ist die Neurodermitis / das atopische Ekzem abgeheilt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA4C	Wie viele Jahre besteht/bestand die Neurodermitis/ das atopische Ekzem?		Anzahl Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA4D	Wie alt waren Sie, als die Neurodermitis/ das atopische Ekzem das erste Mal auftrat?		unter einem Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten Alter in Jahren <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA8	Hatten Sie irgendwann einmal Heuschnupfen?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	DA9
DA8A	Wurde der Heuschnupfen von einem Arzt diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA8B	Ist der Heuschnupfen abgeheilt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA8C	Wie viele Jahre besteht/bestand der Heuschnupfen?		Anzahl Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA8D	Wie alt waren Sie, als der Heuschnupfen das erste Mal auftrat?		Damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA9	Hatten Sie jemals in den letzten 12 Monaten ein pfeifendes oder brummendes Geräusch in Ihrem Brustkorb?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	DA10A
DA9A	Hatten Sie jemals Atemnot, als dieses pfeifende Geräusch auftrat?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA9B	Hatten Sie dieses Pfeifen oder Brummen, wenn Sie nicht erkältet waren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA10A	Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten mit einem Engegefühl im Brustkorb aufgewacht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA10B	Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten durch einen Anfall von Atemnot aufgewacht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	

DA10C	Sind Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten wegen eines Hustenanfalls aufgewacht?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA10D	Haben Sie irgendwann in den letzten 12 Monaten einen Asthmaanfall gehabt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA10E	Nehmen Sie derzeit irgendeine Medizin (z.B. Inhalationen, Dosieraerosole (Sprays) oder Tabletten) gegen Asthma?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
<i>Die Frage DA10F wird nur an Probanden gestellt, die irgendwann einmal Heuschnupfen hatten (DA8 = Ja), sonst DA13.</i>				
DA10F	Haben Sie allergischen Schnupfen, z.B. „Heuschnupfen“?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA13	Hatten Sie irgendwann einmal Asthma?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	DA15
DA13A	Wurde das Asthma von einem Arzt diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA13B	Ist das Asthma abgeheilt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	
DA13C	Wie viele Jahre besteht/bestand das Asthma?		Anzahl Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA14	Wie alt waren Sie, als das Asthma das erste Mal auftrat?		Damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA15	Gibt es Nahrungsmittel, auf die Sie allergisch reagieren?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht	DA18

DA16A	<p>Auf welche Nahrungsmittel reagieren Sie und wie reagieren Sie?</p> <p>INT: Listen „Nahrungsmittel“ und „Reaktionen“ vorlegen!</p> <p>1. Nahrungsmittel Welches Nahrungsmittel?</p> <p>Reaktion</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>Kribbeln Juckreiz, Schwellung ...</p> <p>Magen-Darmbeschwerden ...</p> <p>Hautrötung, Juckreiz ...</p> <p>Atemnot, ... Kreislaufstörung</p> <p>Andere Reaktion / Ich weiß nicht</p>	
DA16B	<p>2. Nahrungsmittel Welches Nahrungsmittel?</p> <p>Reaktion</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>Kribbeln Juckreiz, Schwellung ...</p> <p>Magen-Darmbeschwerden ...</p> <p>Hautrötung, Juckreiz ...</p> <p>Atemnot, ... Kreislaufstörung</p> <p>Andere Reaktion / Ich weiß nicht</p>	
DA16C	<p>3. Nahrungsmittel Welches Nahrungsmittel?</p> <p>Reaktion</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>Kribbeln Juckreiz, Schwellung ...</p> <p>Magen-Darmbeschwerden ...</p> <p>Hautrötung, Juckreiz ...</p> <p>Atemnot, ... Kreislaufstörung</p> <p>Andere Reaktion / Ich weiß nicht</p>	
DA16D	<p>4. Nahrungsmittel Welches Nahrungsmittel?</p> <p>Reaktion</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>Kribbeln Juckreiz, Schwellung ...</p> <p>Magen-Darmbeschwerden ...</p> <p>Hautrötung, Juckreiz ...</p> <p>Atemnot, ... Kreislaufstörung</p> <p>Andere Reaktion / Ich weiß nicht</p>	

DA16E	5. Nahrungsmittel Welches Nahrungsmittel? Reaktion	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₅	_____ Kribbeln Juckreiz, Schwellung ... Magen-Darmbeschwerden ... Hautrötung, Juckreiz ... Atemnot, ... Kreislaufstörung Andere Reaktion / Ich weiß nicht	
DA18	Besteht bei Ihnen eine Überempfindlichkeit / Allergie auf Insektenstiche?	<input type="checkbox"/> ₁ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	DB4
DA18A	Gegenüber welchen Insekten und wie äußert sich diese Überempfind- lichkeit? 1. Insekt Gegen welches Insekt? Welche Reaktion? INT: „Reaktion an der Stichstelle“ bedeutet: starke Reaktion an der Stichstelle; - „Schockzeichen“ bedeutet: Schockzeichen wie Atemnot, Kreislaufstörung oder Hautausschlag am ganzen Körper	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Bienen Wespen Mücken Andere Insekten / Ich weiß nicht Reaktion an der Stichstelle Schockzeichen Andere Reaktion / Ich weiß nicht	
DA18B	2. Insekt Gegen welches Insekt? Welche Reaktion?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Bienen Wespen Mücken Andere Insekten / Ich weiß nicht Reaktion an der Stichstelle Schockzeichen Andere Reaktion / Ich weiß nicht	

DB4A	Wurden bei Ihren leiblichen Familienangehörigen (Ihren Eltern, Geschwistern, Kindern) jemals von einem Arzt die folgenden Erkrankungen oder Auffälligkeiten festgestellt ? Asthma Heuschnupfen, allergischer Dauerschnupfen Neurodermitis/atopisches Ekzem Nahrungsmittelallergie	<table border="0"> <tr> <th colspan="3"><u>Vater</u></th> <th colspan="3"><u>Mutter</u></th> <th colspan="3"><u>Geschwister</u></th> <th colspan="3"><u>Kind/er</u></th> </tr> <tr> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> </tr> <tr> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> </table>	<u>Vater</u>			<u>Mutter</u>			<u>Geschwister</u>			<u>Kind/er</u>			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
<u>Vater</u>			<u>Mutter</u>			<u>Geschwister</u>			<u>Kind/er</u>																																																																													
Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß																																																																													
Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht																																																																											
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																											
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																											
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																											
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																											
Die nächste Frage wird nur an Probanden gestellt, die mit Ehepartner/Partner zusammenleben.																																																																																						
DB5A	Ist bei Ihrem Ehepartner/Partner jemals von einem Arzt eine Allergie festgestellt worden?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td>Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td>Nein</td> <td rowspan="2">DB16</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₃</td> <td>Ich weiß nicht</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ₁	Ja		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DB16	<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht																																																																												
<input type="checkbox"/> ₁	Ja																																																																																					
<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DB16																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht																																																																																					
DB5B	Welche Art von Allergie war es? Asthma Heuschnupfen, allergischer Dauerschnupfen Neurodermitis/atopisches Ekzem Nahrungsmittelallergie	<table border="0"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Ich weiß nicht</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																					
Ja	Nein	Ich weiß nicht																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																																																																				
DB16	Werden in Ihrer Wohnung Tiere gehalten oder haben Sie außerhalb der Wohnung regelmäßigen (mindestens 1 mal pro Woche) Kontakt zu Tieren?	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td>Ja</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td>Nein</td> <td>DA17</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> ₁	Ja		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA17																																																																														
<input type="checkbox"/> ₁	Ja																																																																																					
<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA17																																																																																				
DB17	Welche Tiere sind das ? Bitte geben Sie auch an, seit wieviel Jahren Sie dieses Tier bzw. den Tierkontakt schon haben. Hund Katze Nagetiere (z.B. Meerschweinchen, Kaninchen, Hamster, Maus) INT: Wenn Zeitangabe unter 1 Jahr (z.B. „4 Wochen“), dann auf 1 Jahr aufrunden.	<table border="0"> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th>Gehalten oder Kontakt seit</th> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td> _ _ Jahren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td> _ _ Jahren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td> <td><input type="checkbox"/>₂</td> <td> _ _ Jahren</td> </tr> </table>	Ja	Nein	Gehalten oder Kontakt seit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren																																																																								
Ja	Nein	Gehalten oder Kontakt seit																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren																																																																																				
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	_ _ Jahren																																																																																				

DB18	Hat bei einem dieser Tiere ein Tierarzt jemals eine Allergie festgestellt (allergisches Ekzem, Nesselsucht, allergischer Schnupfen, Futtermittelallergie)?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA17
DB19	Bei welchem Tier wurde eine Allergie festgestellt? Hund Katze Nagetiere (z.B. Meerschweinchen, Kaninchen, Hamster, Maus)		Ja Nein	
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
		<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	
Ärztliches Interview				
DA17	Reagieren Sie überempfindlich auf Medikamente?	<input type="checkbox"/> ₁	Ja	
		<input type="checkbox"/> ₂	Nein	DA19
		<input type="checkbox"/> ₃	Ich weiß nicht	

[illegible]

DA17B	2 Medikament Welche Art von Medikament? Welche Reaktion? Wann?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Penicillin Andere Antibiotika Schmerz-, Grippe-, Rheumamittel Kontrastmittel Örtliche Betäubungsmittel Narkosemittel (Vollnarkose) Andere Medikamente Juckreiz, Rötung, Hautausschlag Nesselsucht, Urtikaria, Schwellung Magen-Darm-Symptome Atemnot, Kreislaufstörung ... Verstärkung der Nebenwirkungen Andere Reaktion / Ich weiß nicht Innerhalb einer halben Stunde Innerhalb von zwei Tagen Nach zwei Tagen oder später Ich weiß nicht	
<i>Da wir auch Ihre Leberflecken kontrollieren werden, benötigen wir einige Angaben zum Umgang mit Sonnenlicht und wichtigen Einflußfaktoren</i>				
DA19	An wie viele Sonnenbrände in Ihrer Kindheit (bis 16. Lebensjahr) können Sie sich erinnern?		Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	
DA20	Bei wie vielen dieser Sonnenbrände kam es zur Blasenbildung?		Anzahl <input type="text"/> <input type="text"/>	
DA21	Besuchen Sie Sonnenstudios oder benutzen Sie ein Heimsolarium?	<input type="checkbox"/> 1	Ja	
		<input type="checkbox"/> 2	Nein	DA23

DA22	Wie oft benutzen Sie diese Geräte im Winter und wie oft im Sommer? Im Winter Im Sommer	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	Mehrmals pro Woche ca. 1x pro Woche 1-3x pro Monat seltener Mehrmals pro Woche ca. 1x pro Woche 1-3x pro Monat seltener	
DA23	Wenn Sie sich ungeschützt (ohne Sonnenschutzcreme) der Sonne aussetzen, wird Ihre Haut dann	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃ <input type="checkbox"/> ₄	immer rot und nie braun überwiegend rot und etwas braun überwiegend braun und etwas rot nur braun und nie rot	
DA24	Verwenden Sie Sonnenschutz- cremes oder Kosmetika mit Licht- schutzfaktor?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	DA28
DA25	Bei welchen Gelegenheiten verwenden Sie diese Präparate regelmäßig? (Mehrfachnennung möglich) im Urlaub (nicht zu Hause) zu Hause bei Sport (nicht Baden) im Freien zu Hause beim Sonnen oder Baden zu Hause bei Gartenarbeit fast täglich		Ja Nein <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	
DA26	Wie hoch ist der Lichtschutzfaktor, den Sie überwiegend verwenden?		<div style="text-align: right;"> _ _ </div> <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht	
DA27	Seit wie vielen Jahren verwenden Sie regelmäßig Sonnenschutz- cremes?		Anzahl Jahre _ _ _ Keine regelmäßige Verwendung: 0 eintragen	

DA28	Sind Ihre Leberflecke / Pigmentmale schon einmal von einem Hautarzt / Dermatologen kontrolliert worden?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	 DA31																																															
DA29	Wie häufig werden oder wurden diese Kontrollen durchgeführt? insgesamt oder regelmäßig alle		_ _ mal _ _ , _ Jahre																																																
DA30	Sind Ihnen aufgrund dieser Untersuchungen bereits Pigmentmale / Leberflecken entfernt worden und wenn ja, wie viele insgesamt?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein Anzahl _ _																																																
DA31	Wie viele Wochen verbringen Sie pro Jahr durchschnittlich in sonnenreichen Gegenden (z.B. im Urlaub)?		Anzahl Wochen pro Jahr _ _																																																
DA32	Bestehen bei einem Ihrer leiblichen Familienangehörigen (Ihren Eltern, Geschwistern, Kindern) auffällig viele (>50) Leberflecken / Pigmentmale?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂ <input type="checkbox"/> ₃	Ja Nein Ich weiß nicht	 DA34																																															
DA33	Bei wem bestehen auffällig viele Pigmentmale?	<table border="0"> <thead> <tr> <th colspan="3"><u>Vater</u></th> <th colspan="3"><u>Mutter</u></th> <th colspan="3"><u>Geschwister</u></th> <th colspan="3"><u>Kind/er</u></th> </tr> <tr> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> <th colspan="3">Ich weiß</th> </tr> <tr> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> <th>Ja</th><th>Nein</th><th>nicht</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> <td><input type="checkbox"/>₁</td><td><input type="checkbox"/>₂</td><td><input type="checkbox"/>₃</td> </tr> </tbody> </table>	<u>Vater</u>			<u>Mutter</u>			<u>Geschwister</u>			<u>Kind/er</u>			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	
<u>Vater</u>			<u>Mutter</u>			<u>Geschwister</u>			<u>Kind/er</u>																																										
Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß			Ich weiß																																										
Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht	Ja	Nein	nicht																																								
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃																																								
DA34	Ist bei einem Ihrer leiblichen Familienangehörigen (Ihren Eltern, Geschwistern, Kindern) bereits einmal ein Hauttumor / Hautkrebs festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ₁ <input type="checkbox"/> ₂	Ja Nein	 DA38																																															

DA35	Bei wem wurde dieser Hauttumor / Hautkrebs festgestellt?			
	Vater	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Basaliom (Basalzellkarzinom) Spinaliom (Spinozelluläres Karzinom) Malignes Melanom Anderer Hauttumor Keiner Ich weiß nicht	
	Mutter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Basaliom (Basalzellkarzinom) Spinaliom (Spinozelluläres Karzinom) Malignes Melanom Anderer Hauttumor Keiner Ich weiß nicht	
	Geschwister	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Basaliom (Basalzellkarzinom) Spinaliom (Spinozelluläres Karzinom) Malignes Melanom Anderer Hauttumor Keiner Ich weiß nicht	
DA35	Kind/er	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6	Basaliom (Basalzellkarzinom) Spinaliom (Spinozelluläres Karzinom) Malignes Melanom Anderer Hauttumor Keiner Ich weiß nicht	
DA38	Ist bei Ihnen selbst bereits einmal ein Hauttumor / Hautkrebs festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> 1 <hr/> <input type="checkbox"/> 2	Ja <hr/> Nein	 Ende
DA39	Wissen Sie welche Art von Hauttumor / Hautkrebs dies war?	<input type="checkbox"/> 1 <hr/> <input type="checkbox"/> 2	Ja <hr/> Nein	 Ende
DA40	Um welche Form eines Hauttumors handelte es sich?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Basaliom (Basalzellkarzinom) Spinaliom (Spinozelluläres Karzinom) Malignes Melanom (schwarzer Hautkrebs) Anderer Hauttumor	

