



University Hospital of Zurich
Clinical Trials Center

USZ_DIA_PTN_HTA Therapeutic Antibodies (18_0027) PID 429



[Project Home](#) [Project Setup](#) [Online Designer](#) [Data Dictionary](#) [Codebook](#)

[Codebook](#) ▾

[Data Dictionary Codebook](#)

06.07.2022 22:34

[^ Collapse all instruments](#)

#	Variable / Field Name	Field Label Field Note	Field Attributes (Field Type, Validation, Choices, Calculations, etc.)				
Instrument: Cov2 Survey (cov2_survey)  Enabled as survey			 Collapse				
1	studid	Study ID Bsp: USZ_xx77	text, Required				
2	welcome_all		descriptive				
3	welcome_all_text	Herzlich willkommen! Welcome!	descriptive				
4	de_or_en	Bevorzugen Sie Deutsch oder Englisch (bitte auswählen)? Do you prefer German or English (please select)?	radio <table><tr><td>0</td><td>Deutsch</td></tr><tr><td>1</td><td>English</td></tr></table>	0	Deutsch	1	English
0	Deutsch						
1	English						
5	landing_intro Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie! In diesem Fragebogen stellen wir Ihnen einige Fragen dazu, ob Sie sich im Jahr 2020 mit dem Coronavirus angesteckt haben und wie es Ihnen heute geht. Diese Informationen werden uns helfen, die möglichen Folgen des Coronavirus (SARS-CoV-2) besser zu verstehen. Dies soll in Zukunft eine noch bessere Diagnose und Behandlung der Coronavirus-Infektion ermöglichen. Alle Angaben in diesem Fragebogen werden streng vertraulich behandelt und können nur von einigen wenigen autorisierten Mitgliedern des Studienteams eingesehen werden. Die Umfrage dauert ca. 5-7 Minuten. Wenn Sie an der Teilnahme an dieser Studie interessiert sind, füllen Sie bitte das untenstehende Formular aus. Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Wenn Sie sich zur Teilnahme bereit erklären, werden Sie direkt zur Umfrage weitergeleitet. Wenn Sie Fragen haben oder weitere Informationen wünschen, können Sie uns unter folgendem Kontakt erreichen: Klinische Forschungsabteilung CTC Universitätsspital Zürich Rämistrasse 100/ NORD1 U3588091 Zürich Tel.: 043 253 08 69 CTC-RW@usz.ch Detaillierte Studieninformationen finden Sie im PDF als Anhang. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme! Forschungsabteilung des Universitätsspitals Zürich	descriptive				
6	generelle_info Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Die folgenden persönlichen Daten (Name, Geburtsdatum) sind nicht Teil der wissenschaftlichen Studie. Sie dienen ausschliesslich dazu, sicherzustellen, dass Ihre Fragebogen-Antwort korrekt zugeordnet wird und werden nicht weitergegeben.	descriptive				
7	vorname_2 Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Vorname:	text, Required, Identifier				
8	name Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Name:	text, Required, Identifier				

9	dob_de Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Geburtsdatum:	text (date_dmy), Required, Identifier						
10	geschl Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Geschlecht:	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>weiblich</td></tr><tr><td>2</td><td>männlich</td></tr><tr><td>3</td><td>andere/divers</td></tr></table>	1	weiblich	2	männlich	3	andere/divers
1	weiblich								
2	männlich								
3	andere/divers								
11	einverst Show the field ONLY if: [de_or_en] = '0'	Ich erkläre mich mit der Teilnahme am Fragebogen einverstanden.* * Mit Ihrer Einwilligung zur Teilnahme bestätigen Sie, dass Sie die Studieninformation gelesen und verstanden haben und mit deren Inhalt einverstanden sind. Sie können jederzeit von der Teilnahme zurücktreten und müssen dies nicht begründen. Die bis dahin erhobenen Daten werden in diesem Fall allerdings noch verschlüsselt ausgewertet. Verschlüsselt bedeutet, dass alle Bezugsdaten, die Sie identifizieren könnten (Name, Geburtsdatum etc.) gelöscht und durch einen Code ersetzt werden. Nach der Auswertung werden Ihre Daten anonymisiert. Die Schlüsselzuordnung wird vernichtet, so dass danach niemand mehr erfahren kann, dass die Daten ursprünglich von Ihnen stammten. Dies dient vorrangig dem Datenschutz.	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein		
1	Ja								
0	Nein								
12	exit Show the field ONLY if: [einverst] = '0'	Ohne Ihr Einverständnis können wir Sie leider nicht in die Studie aufnehmen. Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und wünschen Ihnen eine gute Gesundheit.	descriptive						
13	a Show the field ONLY if: [einverst] = '1'	Section Header: A. Generelle Fragen bezüglich des Coronavirus	descriptive						
14	q22 Show the field ONLY if: [einverst] = '1'	Wurde bei Ihnen jemals eine Coronavirus-Infektion nachgewiesen (durch einen positiven PCR-Test oder Antigen-Schnelltest)?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht
1	Ja								
0	Nein								
2	Ich weiss es nicht								
15	q1 Show the field ONLY if: [einverst] = '1' and [q22] = '1'	Wurde bei Ihnen im Jahr 2020 jemals eine Coronavirus-Infektion nachgewiesen (durch einen positiven PCR-Test oder Antigen-Schnelltest)?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht
1	Ja								
0	Nein								
2	Ich weiss es nicht								
16	q2 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einverst] = '1'	Wann wurde bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus erstmals nachgewiesen? Bitte geben Sie das Diagnose-Datum ihrer ersten Coronavirus-Infektion an, falls Sie mehrere Infektionen hatten (auch wenn Sie das genaue Datum nicht wissen, geben Sie bitte das wahrscheinlichste Datum an).	text (date_dmy, Min: 2019-12-31, Max: 2022-11-11)						
17	q24 Show the field ONLY if: [einverst] = '1' and [q22] = '1'	Wurde bei Ihnen seit Ihrer ersten Infektion jemals eine erneute Infektion mit dem Coronavirus nachgewiesen (durch einen positiven PCR-Test oder Antigen-Schnelltest)?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht
1	Ja								
0	Nein								
2	Ich weiss es nicht								
18	q25 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einverst] = '1' and [q24] = '1'	Wann wurde bei Ihnen zuletzt eine Infektion mit dem Coronavirus nachgewiesen? Bitte geben Sie das Diagnose-Datum der Coronavirus-Infektion an, welche am kürzesten zurückliegt (auch wenn Sie das genaue Datum nicht wissen, geben Sie bitte das wahrscheinlichste Datum an).	text (date_dmy, Min: 2019-12-31, Max: 2022-11-11)						
19	q3 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einverst] = '1'	Mussten Sie wegen der Coronavirus-Krankheit 'COVID-19' ins Krankenhaus aufgenommen werden?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein		
1	Ja								
0	Nein								
20	q4 Show the field ONLY if: [q3] = '1' and [einverst] = '1'	Haben Sie im Krankenhaus zusätzlichen Sauerstoff erhalten (über eine Gesichtsmaske oder eine Nasenkanüle)?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja</td></tr><tr><td>0</td><td>Nein</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr></table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht
1	Ja								
0	Nein								
2	Ich weiss es nicht								

21	q5 Show the field ONLY if: [q3] = '1' and [einvert] = '1'	Mussten Sie auf der Intensivstation behandelt werden?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ja</td></tr> <tr><td>0</td><td>Nein</td></tr> <tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr> </table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht																																																			
1	Ja																																																											
0	Nein																																																											
2	Ich weiss es nicht																																																											
22	q6 Show the field ONLY if: [q5] = '1' and [einvert] = '1'	Wurden Sie mechanisch beatmet (mittels Beatmungsschlauch/Beatmungsgerät)?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ja</td></tr> <tr><td>0</td><td>Nein</td></tr> <tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr> </table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht																																																			
1	Ja																																																											
0	Nein																																																											
2	Ich weiss es nicht																																																											
23	q7 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einvert] = '1'	Hatten Sie Symptome der Coronavirus-Krankheit 'COVID-19', als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus festgestellt wurde?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ja</td></tr> <tr><td>0</td><td>Nein</td></tr> </table>	1	Ja	0	Nein																																																					
1	Ja																																																											
0	Nein																																																											
24	q8 Show the field ONLY if: [q7] = '1' and [einvert] = '1'	Welche der folgenden Symptome haben Sie gehabt, welche in keinem Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung oder einer bekannten Allergie stehen? (Mehrfachauswahl)	checkbox <table border="1"> <tr><td>1</td><td>q8__1</td><td>Fieber</td></tr> <tr><td>2</td><td>q8__2</td><td>Fatigue</td></tr> <tr><td>3</td><td>q8__3</td><td>Kopfschmerzen</td></tr> <tr><td>4</td><td>q8__4</td><td>Husten</td></tr> <tr><td>5</td><td>q8__5</td><td>Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit</td></tr> <tr><td>6</td><td>q8__6</td><td>Schmerzen in Brust, Thorax und/oder Brustbein</td></tr> <tr><td>7</td><td>q8__7</td><td>Laufende oder verstopfte Nase</td></tr> <tr><td>8</td><td>q8__8</td><td>Gereizte und/oder tränende Augen</td></tr> <tr><td>9</td><td>q8__9</td><td>Halsweh</td></tr> <tr><td>10</td><td>q8__10</td><td>Verlust von Geruchs- oder Geschmacksinn</td></tr> <tr><td>11</td><td>q8__11</td><td>Durchfall</td></tr> <tr><td>12</td><td>q8__12</td><td>Übelkeit oder Erbrechen</td></tr> <tr><td>13</td><td>q8__13</td><td>Bauchschmerzen</td></tr> <tr><td>14</td><td>q8__14</td><td>Appetitlosigkeit</td></tr> <tr><td>15</td><td>q8__15</td><td>Muskel- oder Gliederschmerzen</td></tr> <tr><td>16</td><td>q8__16</td><td>Gelenkschmerzen</td></tr> <tr><td>17</td><td>q8__17</td><td>Hautausschlag</td></tr> <tr><td>18</td><td>q8__18</td><td>Kribbeln</td></tr> <tr><td>19</td><td>q8__19</td><td>Andere Symptome (bitte angeben)</td></tr> </table>	1	q8__1	Fieber	2	q8__2	Fatigue	3	q8__3	Kopfschmerzen	4	q8__4	Husten	5	q8__5	Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit	6	q8__6	Schmerzen in Brust, Thorax und/oder Brustbein	7	q8__7	Laufende oder verstopfte Nase	8	q8__8	Gereizte und/oder tränende Augen	9	q8__9	Halsweh	10	q8__10	Verlust von Geruchs- oder Geschmacksinn	11	q8__11	Durchfall	12	q8__12	Übelkeit oder Erbrechen	13	q8__13	Bauchschmerzen	14	q8__14	Appetitlosigkeit	15	q8__15	Muskel- oder Gliederschmerzen	16	q8__16	Gelenkschmerzen	17	q8__17	Hautausschlag	18	q8__18	Kribbeln	19	q8__19	Andere Symptome (bitte angeben)
1	q8__1	Fieber																																																										
2	q8__2	Fatigue																																																										
3	q8__3	Kopfschmerzen																																																										
4	q8__4	Husten																																																										
5	q8__5	Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit																																																										
6	q8__6	Schmerzen in Brust, Thorax und/oder Brustbein																																																										
7	q8__7	Laufende oder verstopfte Nase																																																										
8	q8__8	Gereizte und/oder tränende Augen																																																										
9	q8__9	Halsweh																																																										
10	q8__10	Verlust von Geruchs- oder Geschmacksinn																																																										
11	q8__11	Durchfall																																																										
12	q8__12	Übelkeit oder Erbrechen																																																										
13	q8__13	Bauchschmerzen																																																										
14	q8__14	Appetitlosigkeit																																																										
15	q8__15	Muskel- oder Gliederschmerzen																																																										
16	q8__16	Gelenkschmerzen																																																										
17	q8__17	Hautausschlag																																																										
18	q8__18	Kribbeln																																																										
19	q8__19	Andere Symptome (bitte angeben)																																																										
25	q9 Show the field ONLY if: [q8(19)] = '1' and [einvert] = '1'	Andere Symptome: bitte angeben (Freitext)	notes																																																									
26	q11 Show the field ONLY if: [q7] = '1' and [einvert] = '1'	Wie lange traten die Symptome auf?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Weniger als zwei Wochen</td></tr> <tr><td>2</td><td>Zwischen zwei und vier Wochen</td></tr> <tr><td>3</td><td>Zwischen einem Monat (vier Wochen) und drei Monaten</td></tr> <tr><td>4</td><td>Zwischen drei und sechs Monaten</td></tr> <tr><td>5</td><td>Länger als sechs Monate</td></tr> <tr><td>6</td><td>Ich habe immer noch Symptome</td></tr> </table>	1	Weniger als zwei Wochen	2	Zwischen zwei und vier Wochen	3	Zwischen einem Monat (vier Wochen) und drei Monaten	4	Zwischen drei und sechs Monaten	5	Länger als sechs Monate	6	Ich habe immer noch Symptome																																													
1	Weniger als zwei Wochen																																																											
2	Zwischen zwei und vier Wochen																																																											
3	Zwischen einem Monat (vier Wochen) und drei Monaten																																																											
4	Zwischen drei und sechs Monaten																																																											
5	Länger als sechs Monate																																																											
6	Ich habe immer noch Symptome																																																											
27	q12 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einvert] = '1'	Wurde bei Ihnen innerhalb von 4 Wochen nach der Diagnose der Coronavirus-Infektion eine Lungenentzündung (Lungeninfektion) diagnostiziert?	radio <table border="1"> <tr><td>1</td><td>Ja</td></tr> <tr><td>0</td><td>Nein</td></tr> <tr><td>2</td><td>Ich weiss es nicht</td></tr> </table>	1	Ja	0	Nein	2	Ich weiss es nicht																																																			
1	Ja																																																											
0	Nein																																																											
2	Ich weiss es nicht																																																											

28	b Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Section Header: B. Informationen zu Ihrer Gesundheit	descriptive																																																																								
29	q13 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Haben Sie eine der folgenden chronischen Erkrankungen (mehrere Antworten möglich)?	<table><tr><td colspan="3">checkbox</td></tr><tr><td>1</td><td>q13__1</td><td>Erkrankung des Herzens oder der Gefässe</td></tr><tr><td>2</td><td>q13__2</td><td>Schlaganfall</td></tr><tr><td>3</td><td>q13__3</td><td>Krebs (aktuell oder in der Vergangenheit)</td></tr><tr><td>4</td><td>q13__4</td><td>Depression</td></tr><tr><td>5</td><td>q13__5</td><td>Diabetes (Zuckerkrankheit)</td></tr><tr><td>6</td><td>q13__6</td><td>Bluthochdruck</td></tr><tr><td>7</td><td>q13__7</td><td>Arthritis</td></tr><tr><td>8</td><td>q13__8</td><td>Osteoporose</td></tr><tr><td>9</td><td>q13__9</td><td>Asthma</td></tr><tr><td>10</td><td>q13__10</td><td>Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)</td></tr><tr><td>11</td><td>q13__11</td><td>Chronische Leberentzündung (Hepatitis)</td></tr><tr><td>12</td><td>q13__12</td><td>Chronisch-entzündliche Darmerkrankung</td></tr><tr><td>13</td><td>q13__13</td><td>Chronische Nierenerkrankung</td></tr><tr><td>14</td><td>q13__14</td><td>Pollenallergie</td></tr><tr><td>15</td><td>q13__15</td><td>Lebensmittelallergie</td></tr><tr><td>16</td><td>q13__16</td><td>Andere Allergien (bitte angeben)</td></tr><tr><td>17</td><td>q13__17</td><td>Autoimmunerkrankung</td></tr><tr><td>18</td><td>q13__18</td><td>Atopische Dermatitis</td></tr><tr><td>19</td><td>q13__19</td><td>Migräne</td></tr><tr><td>20</td><td>q13__20</td><td>Cystische Fibrose</td></tr><tr><td>21</td><td>q13__21</td><td>HIV</td></tr><tr><td>22</td><td>q13__22</td><td>Andere Krankheiten oder Behandlungen, die das Immunsystem schwächen</td></tr><tr><td>23</td><td>q13__23</td><td>Andere Krankheiten (bitte angeben)</td></tr></table>	checkbox			1	q13__1	Erkrankung des Herzens oder der Gefässe	2	q13__2	Schlaganfall	3	q13__3	Krebs (aktuell oder in der Vergangenheit)	4	q13__4	Depression	5	q13__5	Diabetes (Zuckerkrankheit)	6	q13__6	Bluthochdruck	7	q13__7	Arthritis	8	q13__8	Osteoporose	9	q13__9	Asthma	10	q13__10	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	11	q13__11	Chronische Leberentzündung (Hepatitis)	12	q13__12	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung	13	q13__13	Chronische Nierenerkrankung	14	q13__14	Pollenallergie	15	q13__15	Lebensmittelallergie	16	q13__16	Andere Allergien (bitte angeben)	17	q13__17	Autoimmunerkrankung	18	q13__18	Atopische Dermatitis	19	q13__19	Migräne	20	q13__20	Cystische Fibrose	21	q13__21	HIV	22	q13__22	Andere Krankheiten oder Behandlungen, die das Immunsystem schwächen	23	q13__23	Andere Krankheiten (bitte angeben)
checkbox																																																																											
1	q13__1	Erkrankung des Herzens oder der Gefässe																																																																									
2	q13__2	Schlaganfall																																																																									
3	q13__3	Krebs (aktuell oder in der Vergangenheit)																																																																									
4	q13__4	Depression																																																																									
5	q13__5	Diabetes (Zuckerkrankheit)																																																																									
6	q13__6	Bluthochdruck																																																																									
7	q13__7	Arthritis																																																																									
8	q13__8	Osteoporose																																																																									
9	q13__9	Asthma																																																																									
10	q13__10	Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD)																																																																									
11	q13__11	Chronische Leberentzündung (Hepatitis)																																																																									
12	q13__12	Chronisch-entzündliche Darmerkrankung																																																																									
13	q13__13	Chronische Nierenerkrankung																																																																									
14	q13__14	Pollenallergie																																																																									
15	q13__15	Lebensmittelallergie																																																																									
16	q13__16	Andere Allergien (bitte angeben)																																																																									
17	q13__17	Autoimmunerkrankung																																																																									
18	q13__18	Atopische Dermatitis																																																																									
19	q13__19	Migräne																																																																									
20	q13__20	Cystische Fibrose																																																																									
21	q13__21	HIV																																																																									
22	q13__22	Andere Krankheiten oder Behandlungen, die das Immunsystem schwächen																																																																									
23	q13__23	Andere Krankheiten (bitte angeben)																																																																									
30	q14 Show the field ONLY if: [q13(16)] = '1' and [einvorst] = '1'	Andere Allergien (bitte angeben) (Freitextfeld)	notes Custom alignment: RH																																																																								
31	q15 Show the field ONLY if: [q13(23)] = '1' and [einvorst] = '1'	Andere Krankheiten (bitte angeben) (Freitextfeld)	notes Custom alignment: RH																																																																								
32	q16 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Wie gross sind Sie? (Grösse in cm)	text (integer, Min: 100, Max: 220) Custom alignment: RH																																																																								
33	q17 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Wie schwer sind Sie aktuell? (Gewicht in kg)	text (integer, Min: 0, Max: 200) Custom alignment: RH																																																																								

34	q18 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Rauchen Sie Zigaretten oder andere Tabakprodukte?	radio <table><tr><td>1</td><td>Ja, ich rauche täglich</td></tr><tr><td>2</td><td>Ja, ich rauche gelegentlich</td></tr><tr><td>3</td><td>Nein, aber ich habe früher regelmässig geraucht (Ex-Raucher)</td></tr><tr><td>4</td><td>Nein, ich rauche nicht (niemals oder weniger als 100 Zigaretten im Leben)</td></tr></table>	1	Ja, ich rauche täglich	2	Ja, ich rauche gelegentlich	3	Nein, aber ich habe früher regelmässig geraucht (Ex-Raucher)	4	Nein, ich rauche nicht (niemals oder weniger als 100 Zigaretten im Leben)																																																																
1	Ja, ich rauche täglich																																																																										
2	Ja, ich rauche gelegentlich																																																																										
3	Nein, aber ich habe früher regelmässig geraucht (Ex-Raucher)																																																																										
4	Nein, ich rauche nicht (niemals oder weniger als 100 Zigaretten im Leben)																																																																										
35	q19 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Trinken Sie Alkohol?	radio <table><tr><td>1</td><td>Nie</td></tr><tr><td>2</td><td>Monatlich oder weniger</td></tr><tr><td>3</td><td>2 bis 4 Mal pro Monat</td></tr><tr><td>4</td><td>2 bis 3 Mal pro Woche</td></tr><tr><td>5</td><td>4 Mal oder öfter pro Woche</td></tr></table>	1	Nie	2	Monatlich oder weniger	3	2 bis 4 Mal pro Monat	4	2 bis 3 Mal pro Woche	5	4 Mal oder öfter pro Woche																																																														
1	Nie																																																																										
2	Monatlich oder weniger																																																																										
3	2 bis 4 Mal pro Monat																																																																										
4	2 bis 3 Mal pro Woche																																																																										
5	4 Mal oder öfter pro Woche																																																																										
36	c Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Section Header: C. Ihr aktueller Gesundheitszustand	descriptive																																																																								
37	q20 Show the field ONLY if: [q22] = '1' and [einvorst] = '1'	Wie fühlen Sie sich jetzt im Vergleich zum Zeitpunkt, als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus festgestellt wurde?	radio <table><tr><td>1</td><td>Sie sind genesen und symptomfrei</td></tr><tr><td>2</td><td>Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund</td></tr><tr><td>3</td><td>Es geht Ihnen weder besser noch schlechter</td></tr><tr><td>4</td><td>Es geht Ihnen schlechter</td></tr></table>	1	Sie sind genesen und symptomfrei	2	Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund	3	Es geht Ihnen weder besser noch schlechter	4	Es geht Ihnen schlechter																																																																
1	Sie sind genesen und symptomfrei																																																																										
2	Es geht Ihnen besser, aber Sie sind noch nicht ganz gesund																																																																										
3	Es geht Ihnen weder besser noch schlechter																																																																										
4	Es geht Ihnen schlechter																																																																										
38	q21 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Hatten Sie in den letzten 7 Tagen eines oder mehrere der folgenden Symptome, welche in keinem Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung oder Allergie stehen? (Bitte geben Sie alle Symptome an, die Sie hatten)	checkbox <table><tr><td>1</td><td>q21__1</td><td>Starke Müdigkeit oder Erschöpfung (Fatigue)</td></tr><tr><td>2</td><td>q21__2</td><td>Schlafprobleme</td></tr><tr><td>3</td><td>q21__3</td><td>Unerklärliche Kopfschmerzen</td></tr><tr><td>4</td><td>q21__4</td><td>Appetitlosigkeit</td></tr><tr><td>5</td><td>q21__5</td><td>Konzentrationsschwierigkeiten</td></tr><tr><td>6</td><td>q21__6</td><td>Gedächtnisprobleme</td></tr><tr><td>7</td><td>q21__7</td><td>Nervosität</td></tr><tr><td>8</td><td>q21__8</td><td>Depression</td></tr><tr><td>9</td><td>q21__9</td><td>Hautausschlag</td></tr><tr><td>10</td><td>q21__10</td><td>Andere Hautprobleme ausser Hautausschlag (z. B. trockene Haut).</td></tr><tr><td>11</td><td>q21__11</td><td>Gastrointestinale Symptome (z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit).</td></tr><tr><td>12</td><td>q21__12</td><td>Haarausfall</td></tr><tr><td>13</td><td>q21__13</td><td>Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit</td></tr><tr><td>14</td><td>q21__14</td><td>Herzklopfen oder Herzstolpern</td></tr><tr><td>15</td><td>q21__15</td><td>Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit</td></tr><tr><td>16</td><td>q21__16</td><td>Husten</td></tr><tr><td>17</td><td>q21__17</td><td>Muskel- oder Gliederschmerzen</td></tr><tr><td>18</td><td>q21__18</td><td>Gelenkschmerzen</td></tr><tr><td>19</td><td>q21__19</td><td>Fieber</td></tr><tr><td>20</td><td>q21__20</td><td>Kribbeln oder Taubheitsgefühl</td></tr><tr><td>21</td><td>q21__21</td><td>Zittern</td></tr><tr><td>22</td><td>q21__22</td><td>Hörprobleme</td></tr><tr><td>23</td><td>q21__23</td><td>Schwindel oder Balanceprobleme</td></tr><tr><td>24</td><td>q21__24</td><td>Sehstörungen (z.B. Flimmern, Blitze)</td></tr></table>	1	q21__1	Starke Müdigkeit oder Erschöpfung (Fatigue)	2	q21__2	Schlafprobleme	3	q21__3	Unerklärliche Kopfschmerzen	4	q21__4	Appetitlosigkeit	5	q21__5	Konzentrationsschwierigkeiten	6	q21__6	Gedächtnisprobleme	7	q21__7	Nervosität	8	q21__8	Depression	9	q21__9	Hautausschlag	10	q21__10	Andere Hautprobleme ausser Hautausschlag (z. B. trockene Haut).	11	q21__11	Gastrointestinale Symptome (z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit).	12	q21__12	Haarausfall	13	q21__13	Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit	14	q21__14	Herzklopfen oder Herzstolpern	15	q21__15	Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit	16	q21__16	Husten	17	q21__17	Muskel- oder Gliederschmerzen	18	q21__18	Gelenkschmerzen	19	q21__19	Fieber	20	q21__20	Kribbeln oder Taubheitsgefühl	21	q21__21	Zittern	22	q21__22	Hörprobleme	23	q21__23	Schwindel oder Balanceprobleme	24	q21__24	Sehstörungen (z.B. Flimmern, Blitze)
1	q21__1	Starke Müdigkeit oder Erschöpfung (Fatigue)																																																																									
2	q21__2	Schlafprobleme																																																																									
3	q21__3	Unerklärliche Kopfschmerzen																																																																									
4	q21__4	Appetitlosigkeit																																																																									
5	q21__5	Konzentrationsschwierigkeiten																																																																									
6	q21__6	Gedächtnisprobleme																																																																									
7	q21__7	Nervosität																																																																									
8	q21__8	Depression																																																																									
9	q21__9	Hautausschlag																																																																									
10	q21__10	Andere Hautprobleme ausser Hautausschlag (z. B. trockene Haut).																																																																									
11	q21__11	Gastrointestinale Symptome (z. B. Bauchschmerzen, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit).																																																																									
12	q21__12	Haarausfall																																																																									
13	q21__13	Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit																																																																									
14	q21__14	Herzklopfen oder Herzstolpern																																																																									
15	q21__15	Atembeschwerden oder Kurzatmigkeit																																																																									
16	q21__16	Husten																																																																									
17	q21__17	Muskel- oder Gliederschmerzen																																																																									
18	q21__18	Gelenkschmerzen																																																																									
19	q21__19	Fieber																																																																									
20	q21__20	Kribbeln oder Taubheitsgefühl																																																																									
21	q21__21	Zittern																																																																									
22	q21__22	Hörprobleme																																																																									
23	q21__23	Schwindel oder Balanceprobleme																																																																									
24	q21__24	Sehstörungen (z.B. Flimmern, Blitze)																																																																									

39	matrix_q_de Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Wurde bei Ihnen im vergangenen Jahr von einem Arzt eine der folgenden Erkrankungen NEU diagnostiziert?	descriptive
40	t1 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Long Covid	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
41	t2 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen der Lunge (z.B. Vernarbung der Lunge)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
42	t3 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen des Herzens oder Gefässe (z.B. Herzinsuffizienz, Herzinfarkt)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
43	t4 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Schlaganfall, "Streifung" oder Erkrankungen der Gehirngefässe	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
44	t5 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen der Niere (z.B. chronische Nierenerkrankung)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
45	t6 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen der Leber oder Gallenwege	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
46	t7 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. entzündliche Darmerkrankung)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
47	t8 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Gerinnungsstörung (z.B. Bildung von Blutgerinnseln oder verstärkte Blutungen)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
48	t9 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Störungen des Immunsystems (z.B. Immunsuppression, Autoimmun-Erkrankung)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
49	t10 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Andere Störungen des Bluts (z.B. Blutarmut)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
50	t11 Show the field ONLY if: [einvest] = '1'	Erkrankungen der Haut (z.B. Hautausschlag, Entzündung, Wunde)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht

51	t12 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Erkrankungen der Schilddrüse (z.B. Schilddrüsenunterfunktion, -Überfunktion)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
52	t13 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Störungen der Funktion des Gehirns (z.B. erhöhte Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Krampfanfälle)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
53	t14 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Störungen der Nervenfunktion (z.B. Gefühlsstörungen)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
54	t15 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Andere (bitte angeben)	radio (Matrix) 1 Ja 0 Nein 2 Ich weiss es nicht
55	q23 Show the field ONLY if: [t15] = '1' and [einvorst] = '1'	Andere (bitte angeben)	notes
56	eq5d5l_instr1_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Section Header: Bitte klicken Sie DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.	descriptive
57	eq5d_mb_5l_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT	radio, Required 1 Ich habe keine Probleme herumzugehen 2 Ich habe leichte Probleme herumzugehen 3 Ich habe mässige Probleme herumzugehen 4 Ich habe grosse Probleme herumzugehen 5 Ich bin nicht in der Lage herumzugehen Custom alignment: LV
58	eq5d_sc_5l_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	FÜR SICH SELBST SORGEN	radio, Required 1 Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen 2 Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen 3 Ich habe mässige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen 4 Ich habe grosse Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen 5 Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen Custom alignment: LV

59	eq5d_ua_5l_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</td></tr><tr><td>3</td><td>Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</td></tr><tr><td>4</td><td>Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</td></tr><tr><td>5</td><td>Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	2	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	3	Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	4	Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen	5	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
1	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen												
2	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen												
3	Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen												
4	Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen												
5	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen												
60	eq5d_pd_5l_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden</td></tr><tr><td>3</td><td>Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden</td></tr><tr><td>4</td><td>Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden</td></tr><tr><td>5</td><td>Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	2	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	3	Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden	4	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	5	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden
1	Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden												
2	Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden												
3	Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden												
4	Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden												
5	Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden												
61	eq5d_ad_5l_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert</td></tr><tr><td>2</td><td>Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert</td></tr><tr><td>3</td><td>Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert</td></tr><tr><td>4</td><td>Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert</td></tr><tr><td>5</td><td>Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	2	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	3	Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert	4	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	5	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert
1	Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert												
2	Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert												
3	Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert												
4	Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert												
5	Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert												
62	eq5d5l_vas2_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist. Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen. 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. Bitte klicken Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.	slider (number), Required Slider labels: 0 - Schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können, 50, 100 - Beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können Custom alignment: RV										
63	eq5d5l_copy6_swi_ger Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation	descriptive										
64	q26 Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Section Header: Wenn Sie uns mehr über Ihre Symptome erzählen möchten, können Sie dies gerne hier tun:	notes										
65	goodbye_de Show the field ONLY if: [einvorst] = '1'	Vielen Dank für Ihre Teilnahme! Ihre Antworten sind für unsere Forschung zu den gesundheitlichen Auswirkungen des Coronavirus in der Bevölkerung sehr wertvoll. Wenn Sie Fragen oder Anregungen zur Studie haben, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren:Klinische Forschungsabteilung CTCUniversitätsspital ZürichRämistrasse 100/ NORD1 U3588091 ZürichTel.: 043 253 08 69CTC-RW@usz.chWir wünschen Ihnen eine gute Gesundheit!Mit freundlichen Grüssen,Forschungsabteilung des Universitätsspitals Zürich	descriptive										

66	landing_intro_engl Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	Thank you for your interest in our study! In this questionnaire, we ask you a few questions on whether you were infected with the coronavirus in the year 2020 and about how you are feeling today. This information will help us to better understand the possible consequences of the coronavirus (SARS-CoV-2). This will help to improve the diagnosis and treatment of coronavirus infection in the future. All information from this questionnaire will be treated strictly confidentially and can only be accessed by a few authorised members of the study team. The survey will take about 5-7 minutes to complete. If you are interested in participating in this study, please fill in the form below. Your participation is voluntary. If you agree to participate, you will be directly forwarded to the survey. If you have any questions or would like any further clarifications, you can contact us as follows: Klinische Forschungsabteilung CTC Universitätsspital Zürich Rämistrasse 100/ NORD1 U3588091 Zürich Tel.: 043 253 08 69 CTC-RW@usz.ch Please find detailed information on the study in the PDF attached. We look forward to your participation! Research Department of the University Hospital Zurich	descriptive						
67	general_info_en Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	The following personal information (name, date of birth) is not part of the scientific study. This information exclusively serves to ensure that the answers from the questionnaire are correctly assigned. It will not be distributed.	descriptive, Required						
68	vorname_engl_2 Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	First name:	text, Required, Identifier						
69	name_engl Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	Last name:	text, Required, Identifier						
70	dob Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	Date of birth:	text (date_dmy), Required, Identifier						
71	geschl_engl Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	Gender:	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>female</td></tr><tr><td>2</td><td>male</td></tr><tr><td>3</td><td>other/diverse</td></tr></table>	1	female	2	male	3	other/diverse
1	female								
2	male								
3	other/diverse								
72	einverst_engl Show the field ONLY if: [de_or_en] = '1'	I consent to participating in the survey.* * With your consent to participate you confirm that you have read and understood the study information and that you accept its content. You can withdraw from participation in the study without providing any reason at any time. However, the data collected until then will be evaluated in an encrypted manner (this means that all the identifying data such as name or date of birth will be deleted and replaced by a code). After completion of the evaluation, your data will be fully anonymized. The key will be eliminated so that nobody will be able to connect the data to you any longer. This is primary a measure of data protection.	yesno <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr></table>	1	Yes	0	No		
1	Yes								
0	No								
73	exit_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '0'	Without your consent we are unfortunately not able to include you in our study. Thank you very much for your understanding. We wish you all the best of health.	descriptive						
74	a_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Section Header: A. General questions regarding the coronavirus	descriptive						
75	q1_engl_2 Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Have you ever been diagnosed with a coronavirus infection (through a positive PCR-test or rapid antigen test)?	radio <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>I don't know</td></tr></table>	1	Yes	0	No	2	I don't know
1	Yes								
0	No								
2	I don't know								

76	q1_engl Show the field ONLY if: [einvorst_engl] = '1' and [q1_engl_2] = '1'	Have you ever been diagnosed with a coronavirus infection in the year 2020 (through a positive PCR-test or rapid antigen test)?	radio 1 Yes 0 No 2 I don't know
77	q2_engl Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	When were you diagnosed with the coronavirus infection? (Even if you do not know the exact date, please indicate the most likely date)	text (date_dmy, Min: 2019-12-31, Max: 2022-11-11)
78	q1_engl_3 Show the field ONLY if: [einvorst_engl] = '1' and [q1_engl_2] = '1'	Since your first infection, have you ever been diagnosed with another coronavirus infection (through a positive PCR-test or rapid antigen test)?	radio 1 Yes 0 No 2 I don't know
79	q2_engl_2 Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einvorst_engl] = '1' and [q1_engl_3] = '1'	When were you last diagnosed with a coronavirus infection? Please provide the date of diagnosis of your most recent coronavirus infection (even if you do not know the exact date, please indicate the most likely date).	text (date_dmy, Min: 2019-12-31, Max: 2022-11-11)
80	q3_engl Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	Did you have to be hospitalized because of the coronavirus disease "COVID-19"?	yesno 1 Yes 0 No
81	q4_engl Show the field ONLY if: [q3_engl] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	Did you receive supplemental oxygen at the hospital (by facemask or nasal cannula)?	radio 1 Yes 0 No 2 I don't know
82	q5_engl Show the field ONLY if: [q3_engl] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	Did you have to be treated in intensive care?	radio 1 Yes 0 No 2 I don't know
83	q6_engl Show the field ONLY if: [q5_engl] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	Were you mechanically ventilated (through a breathing tube/ventilator)?	radio 1 Yes 0 No 2 I don't know
84	q7_engl Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einvorst_engl] = '1'	Did you have symptoms of coronavirus disease "COVID-19" when you were diagnosed with the coronavirus infection?	yesno 1 Yes 0 No

85	<div>q8_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [q7_engl] = '1' and [einvest_engl] = '1'</div>	Which of the following symptoms that are not related to a chronic disease or a known allergy have you had? (Multiple choice)	<div>checkbox</div> <table><tr><td>1</td><td>q8_engl__1</td><td>Fever</td></tr><tr><td>2</td><td>q8_engl__2</td><td>Fatigue</td></tr><tr><td>3</td><td>q8_engl__3</td><td>Headache</td></tr><tr><td>4</td><td>q8_engl__4</td><td>Cough</td></tr><tr><td>5</td><td>q8_engl__5</td><td>Dyspnea or shortness of breath</td></tr><tr><td>6</td><td>q8_engl__6</td><td>Chest pain</td></tr><tr><td>7</td><td>q8_engl__7</td><td>Runny or stuffy nose</td></tr><tr><td>8</td><td>q8_engl__8</td><td>Irritated and/or watery eyes</td></tr><tr><td>9</td><td>q8_engl__9</td><td>Sore throat</td></tr><tr><td>10</td><td>q8_engl__10</td><td>Loss of smell or taste</td></tr><tr><td>11</td><td>q8_engl__11</td><td>Diarrhea</td></tr><tr><td>12</td><td>q8_engl__12</td><td>Nausea or vomiting</td></tr><tr><td>13</td><td>q8_engl__13</td><td>Abdominal pain</td></tr><tr><td>14</td><td>q8_engl__14</td><td>Loss of appetite</td></tr><tr><td>15</td><td>q8_engl__15</td><td>Muscle or limb pain</td></tr><tr><td>16</td><td>q8_engl__16</td><td>Joint pain</td></tr><tr><td>17</td><td>q8_engl__17</td><td>Rash</td></tr><tr><td>18</td><td>q8_engl__18</td><td>Tingling</td></tr><tr><td>19</td><td>q8_engl__19</td><td>Other symptoms (please specify)</td></tr></table>	1	q8_engl__1	Fever	2	q8_engl__2	Fatigue	3	q8_engl__3	Headache	4	q8_engl__4	Cough	5	q8_engl__5	Dyspnea or shortness of breath	6	q8_engl__6	Chest pain	7	q8_engl__7	Runny or stuffy nose	8	q8_engl__8	Irritated and/or watery eyes	9	q8_engl__9	Sore throat	10	q8_engl__10	Loss of smell or taste	11	q8_engl__11	Diarrhea	12	q8_engl__12	Nausea or vomiting	13	q8_engl__13	Abdominal pain	14	q8_engl__14	Loss of appetite	15	q8_engl__15	Muscle or limb pain	16	q8_engl__16	Joint pain	17	q8_engl__17	Rash	18	q8_engl__18	Tingling	19	q8_engl__19	Other symptoms (please specify)
1	q8_engl__1	Fever																																																										
2	q8_engl__2	Fatigue																																																										
3	q8_engl__3	Headache																																																										
4	q8_engl__4	Cough																																																										
5	q8_engl__5	Dyspnea or shortness of breath																																																										
6	q8_engl__6	Chest pain																																																										
7	q8_engl__7	Runny or stuffy nose																																																										
8	q8_engl__8	Irritated and/or watery eyes																																																										
9	q8_engl__9	Sore throat																																																										
10	q8_engl__10	Loss of smell or taste																																																										
11	q8_engl__11	Diarrhea																																																										
12	q8_engl__12	Nausea or vomiting																																																										
13	q8_engl__13	Abdominal pain																																																										
14	q8_engl__14	Loss of appetite																																																										
15	q8_engl__15	Muscle or limb pain																																																										
16	q8_engl__16	Joint pain																																																										
17	q8_engl__17	Rash																																																										
18	q8_engl__18	Tingling																																																										
19	q8_engl__19	Other symptoms (please specify)																																																										
86	<div>q9_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [q8_engl(19)] = '1' and [einvest_engl] = '1'</div>	Other symptoms: please specify (free text)	notes																																																									
87	<div>q10_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [q7_engl] = '1' and [einvest_engl] = '1'</div>	When did the symptoms start? (Even if you do not know the exact date, please indicate the most probable date)	text (date_dmy)																																																									
88	<div>q11_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [q7_engl] = '1' and [einvest_engl] = '1'</div>	For how long did you have the symptoms?	<div>radio</div> <table><tr><td>1</td><td>Less than two weeks</td></tr><tr><td>2</td><td>Between two and four weeks</td></tr><tr><td>3</td><td>Between one month (four weeks) and three months</td></tr><tr><td>4</td><td>Between three and six months</td></tr><tr><td>5</td><td>Longer than six months</td></tr><tr><td>6</td><td>I still have symptoms</td></tr></table>	1	Less than two weeks	2	Between two and four weeks	3	Between one month (four weeks) and three months	4	Between three and six months	5	Longer than six months	6	I still have symptoms																																													
1	Less than two weeks																																																											
2	Between two and four weeks																																																											
3	Between one month (four weeks) and three months																																																											
4	Between three and six months																																																											
5	Longer than six months																																																											
6	I still have symptoms																																																											
89	<div>q12_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einvest_engl] = '1'</div>	Were you diagnosed with a pneumonia (lung infection) within 4 weeks after you were diagnosed with the coronavirus infection?	<div>radio</div> <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>I don't know</td></tr></table>	1	Yes	0	No	2	I don't know																																																			
1	Yes																																																											
0	No																																																											
2	I don't know																																																											
90	<div>b_engl</div> <div>Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'</div>	<div>Section Header:</div> <div>B. Information about your health</div>	<div>descriptive</div>																																																									

91	q13_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Are you suffering from any of these chronic illnesses (multiple selections possible)?	checkbox <table><tr><td>1</td><td>q13_engl__1</td><td>Heart or vascular disease</td></tr><tr><td>2</td><td>q13_engl__2</td><td>Stroke</td></tr><tr><td>3</td><td>q13_engl__3</td><td>Cancer (current or past)</td></tr><tr><td>4</td><td>q13_engl__4</td><td>Depression</td></tr><tr><td>5</td><td>q13_engl__5</td><td>Diabetes (high blood sugar)</td></tr><tr><td>6</td><td>q13_engl__6</td><td>Hypertension</td></tr><tr><td>7</td><td>q13_engl__7</td><td>Arthritis</td></tr><tr><td>8</td><td>q13_engl__8</td><td>Osteoporosis</td></tr><tr><td>9</td><td>q13_engl__9</td><td>Asthma</td></tr><tr><td>10</td><td>q13_engl__10</td><td>Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)</td></tr><tr><td>11</td><td>q13_engl__11</td><td>Chronic hepatitis</td></tr><tr><td>12</td><td>q13_engl__12</td><td>Inflammatory bowel disease</td></tr><tr><td>13</td><td>q13_engl__13</td><td>Chronic kidney disease</td></tr><tr><td>14</td><td>q13_engl__14</td><td>Pollen allergy</td></tr><tr><td>15</td><td>q13_engl__15</td><td>Food allergy</td></tr><tr><td>16</td><td>q13_engl__16</td><td>Other allergies (please specify)</td></tr><tr><td>17</td><td>q13_engl__17</td><td>Autoimmune disease</td></tr><tr><td>18</td><td>q13_engl__18</td><td>Atopic dermatitis</td></tr><tr><td>19</td><td>q13_engl__19</td><td>Migraine</td></tr><tr><td>20</td><td>q13_engl__20</td><td>Cystic fibrosis</td></tr><tr><td>21</td><td>q13_engl__21</td><td>HIV</td></tr><tr><td>22</td><td>q13_engl__22</td><td>Other diseases or treatments that weaken the immune system</td></tr><tr><td>23</td><td>q13_engl__23</td><td>Other diseases (please specify)</td></tr></table>	1	q13_engl__1	Heart or vascular disease	2	q13_engl__2	Stroke	3	q13_engl__3	Cancer (current or past)	4	q13_engl__4	Depression	5	q13_engl__5	Diabetes (high blood sugar)	6	q13_engl__6	Hypertension	7	q13_engl__7	Arthritis	8	q13_engl__8	Osteoporosis	9	q13_engl__9	Asthma	10	q13_engl__10	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	11	q13_engl__11	Chronic hepatitis	12	q13_engl__12	Inflammatory bowel disease	13	q13_engl__13	Chronic kidney disease	14	q13_engl__14	Pollen allergy	15	q13_engl__15	Food allergy	16	q13_engl__16	Other allergies (please specify)	17	q13_engl__17	Autoimmune disease	18	q13_engl__18	Atopic dermatitis	19	q13_engl__19	Migraine	20	q13_engl__20	Cystic fibrosis	21	q13_engl__21	HIV	22	q13_engl__22	Other diseases or treatments that weaken the immune system	23	q13_engl__23	Other diseases (please specify)
1	q13_engl__1	Heart or vascular disease																																																																						
2	q13_engl__2	Stroke																																																																						
3	q13_engl__3	Cancer (current or past)																																																																						
4	q13_engl__4	Depression																																																																						
5	q13_engl__5	Diabetes (high blood sugar)																																																																						
6	q13_engl__6	Hypertension																																																																						
7	q13_engl__7	Arthritis																																																																						
8	q13_engl__8	Osteoporosis																																																																						
9	q13_engl__9	Asthma																																																																						
10	q13_engl__10	Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)																																																																						
11	q13_engl__11	Chronic hepatitis																																																																						
12	q13_engl__12	Inflammatory bowel disease																																																																						
13	q13_engl__13	Chronic kidney disease																																																																						
14	q13_engl__14	Pollen allergy																																																																						
15	q13_engl__15	Food allergy																																																																						
16	q13_engl__16	Other allergies (please specify)																																																																						
17	q13_engl__17	Autoimmune disease																																																																						
18	q13_engl__18	Atopic dermatitis																																																																						
19	q13_engl__19	Migraine																																																																						
20	q13_engl__20	Cystic fibrosis																																																																						
21	q13_engl__21	HIV																																																																						
22	q13_engl__22	Other diseases or treatments that weaken the immune system																																																																						
23	q13_engl__23	Other diseases (please specify)																																																																						
92	q14_engl Show the field ONLY if: [q13_engl(16)] = '1' and [einverst_engl] = '1'	Other allergies (please specify) (free text field)	notes Custom alignment: RH																																																																					
93	q15_engl Show the field ONLY if: [q13_engl(23)] = '1' and [einverst_engl] = '1'	Other diseases (please specify) (free text field)	notes Custom alignment: RH																																																																					
94	q16_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	How tall are you? (height in cm)	text (integer, Min: 100, Max: 220) Custom alignment: RH																																																																					
95	q17_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	What is your current weight? (weight in kg)	text (integer, Min: 0, Max: 200) Custom alignment: RH																																																																					
96	q18_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Do you smoke cigarettes or other tobacco products?	radio <table><tr><td>1</td><td>Yes, I smoke daily</td></tr><tr><td>2</td><td>Yes, I smoke occasionally</td></tr><tr><td>3</td><td>No, but I used to smoke regularly (ex-smoker)</td></tr><tr><td>4</td><td>No, I do not smoke (never or less than 100 cigarettes in my life)</td></tr></table>	1	Yes, I smoke daily	2	Yes, I smoke occasionally	3	No, but I used to smoke regularly (ex-smoker)	4	No, I do not smoke (never or less than 100 cigarettes in my life)																																																													
1	Yes, I smoke daily																																																																							
2	Yes, I smoke occasionally																																																																							
3	No, but I used to smoke regularly (ex-smoker)																																																																							
4	No, I do not smoke (never or less than 100 cigarettes in my life)																																																																							

97	q19_engl Show the field ONLY if: [einvorst_engl] = '1'	Do you drink alcohol?	radio <table><tr><td>1</td><td>Never</td></tr><tr><td>2</td><td>Monthly or less</td></tr><tr><td>3</td><td>2 to 4 times a month</td></tr><tr><td>4</td><td>2 to 3 times a week</td></tr><tr><td>5</td><td>4 or more times a week</td></tr></table>	1	Never	2	Monthly or less	3	2 to 4 times a month	4	2 to 3 times a week	5	4 or more times a week																																																														
1	Never																																																																										
2	Monthly or less																																																																										
3	2 to 4 times a month																																																																										
4	2 to 3 times a week																																																																										
5	4 or more times a week																																																																										
98	c_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Section Header: C. Your current state of health	descriptive																																																																								
99	q20_engl Show the field ONLY if: [q1_engl_2] = '1' and [einverst_engl] = '1'	How do you feel now compared to when you were diagnosed with the coronavirus infection?	radio <table><tr><td>1</td><td>You have recovered and are symptom-free</td></tr><tr><td>2</td><td>You are feeling better, but you are not yet completely well</td></tr><tr><td>3</td><td>You are feeling neither better nor worse</td></tr><tr><td>4</td><td>You are feeling worse</td></tr></table>	1	You have recovered and are symptom-free	2	You are feeling better, but you are not yet completely well	3	You are feeling neither better nor worse	4	You are feeling worse																																																																
1	You have recovered and are symptom-free																																																																										
2	You are feeling better, but you are not yet completely well																																																																										
3	You are feeling neither better nor worse																																																																										
4	You are feeling worse																																																																										
100	q21_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	In the last 7 days, have you had one or more of the following symptoms that are not related to a chronic illness or allergy? (Please list all symptoms you have had)	checkbox <table><tr><td>1</td><td>q21_engl__1</td><td>Severe fatigue or exhaustion</td></tr><tr><td>2</td><td>q21_engl__2</td><td>Sleeping problems</td></tr><tr><td>3</td><td>q21_engl__3</td><td>Inexplicable headache</td></tr><tr><td>4</td><td>q21_engl__4</td><td>Loss of appetite</td></tr><tr><td>5</td><td>q21_engl__5</td><td>Difficulty concentrating</td></tr><tr><td>6</td><td>q21_engl__6</td><td>Memory problems</td></tr><tr><td>7</td><td>q21_engl__7</td><td>Nervosity</td></tr><tr><td>8</td><td>q21_engl__8</td><td>Depression</td></tr><tr><td>9</td><td>q21_engl__9</td><td>Rash</td></tr><tr><td>10</td><td>q21_engl__10</td><td>Skin problems other than rash (e.g. dry skin)</td></tr><tr><td>11</td><td>q21_engl__11</td><td>Gastro-intestinal symptoms (e.g. abdominal pain, diarrhea, constipation, nausea)</td></tr><tr><td>12</td><td>q21_engl__12</td><td>Hair loss</td></tr><tr><td>13</td><td>q21_engl__13</td><td>Reduced physical performance</td></tr><tr><td>14</td><td>q21_engl__14</td><td>Heart palpitations</td></tr><tr><td>15</td><td>q21_engl__15</td><td>Dyspnea or shortness of breath</td></tr><tr><td>16</td><td>q21_engl__16</td><td>Cough</td></tr><tr><td>17</td><td>q21_engl__17</td><td>Muscle or limb pain</td></tr><tr><td>18</td><td>q21_engl__18</td><td>Joint pain</td></tr><tr><td>19</td><td>q21_engl__19</td><td>Fever</td></tr><tr><td>20</td><td>q21_engl__20</td><td>Tingling or numbness</td></tr><tr><td>21</td><td>q21_engl__21</td><td>Tremor</td></tr><tr><td>22</td><td>q21_engl__22</td><td>Hearing problem</td></tr><tr><td>23</td><td>q21_engl__23</td><td>Dizziness or balance problems</td></tr><tr><td>24</td><td>q21_engl__24</td><td>Visual disturbances (e.g. flickering, flashes)</td></tr></table>	1	q21_engl__1	Severe fatigue or exhaustion	2	q21_engl__2	Sleeping problems	3	q21_engl__3	Inexplicable headache	4	q21_engl__4	Loss of appetite	5	q21_engl__5	Difficulty concentrating	6	q21_engl__6	Memory problems	7	q21_engl__7	Nervosity	8	q21_engl__8	Depression	9	q21_engl__9	Rash	10	q21_engl__10	Skin problems other than rash (e.g. dry skin)	11	q21_engl__11	Gastro-intestinal symptoms (e.g. abdominal pain, diarrhea, constipation, nausea)	12	q21_engl__12	Hair loss	13	q21_engl__13	Reduced physical performance	14	q21_engl__14	Heart palpitations	15	q21_engl__15	Dyspnea or shortness of breath	16	q21_engl__16	Cough	17	q21_engl__17	Muscle or limb pain	18	q21_engl__18	Joint pain	19	q21_engl__19	Fever	20	q21_engl__20	Tingling or numbness	21	q21_engl__21	Tremor	22	q21_engl__22	Hearing problem	23	q21_engl__23	Dizziness or balance problems	24	q21_engl__24	Visual disturbances (e.g. flickering, flashes)
1	q21_engl__1	Severe fatigue or exhaustion																																																																									
2	q21_engl__2	Sleeping problems																																																																									
3	q21_engl__3	Inexplicable headache																																																																									
4	q21_engl__4	Loss of appetite																																																																									
5	q21_engl__5	Difficulty concentrating																																																																									
6	q21_engl__6	Memory problems																																																																									
7	q21_engl__7	Nervosity																																																																									
8	q21_engl__8	Depression																																																																									
9	q21_engl__9	Rash																																																																									
10	q21_engl__10	Skin problems other than rash (e.g. dry skin)																																																																									
11	q21_engl__11	Gastro-intestinal symptoms (e.g. abdominal pain, diarrhea, constipation, nausea)																																																																									
12	q21_engl__12	Hair loss																																																																									
13	q21_engl__13	Reduced physical performance																																																																									
14	q21_engl__14	Heart palpitations																																																																									
15	q21_engl__15	Dyspnea or shortness of breath																																																																									
16	q21_engl__16	Cough																																																																									
17	q21_engl__17	Muscle or limb pain																																																																									
18	q21_engl__18	Joint pain																																																																									
19	q21_engl__19	Fever																																																																									
20	q21_engl__20	Tingling or numbness																																																																									
21	q21_engl__21	Tremor																																																																									
22	q21_engl__22	Hearing problem																																																																									
23	q21_engl__23	Dizziness or balance problems																																																																									
24	q21_engl__24	Visual disturbances (e.g. flickering, flashes)																																																																									
101	matrix_q_en Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Have you been newly diagnosed by a doctor as suffering from any of the following conditions in the past year?	descriptive																																																																								
102	t1_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Section Header: Long Covid	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>I don't know</td></tr></table>	1	Yes	0	No	2	I don't know																																																																		
1	Yes																																																																										
0	No																																																																										
2	I don't know																																																																										

103	t2_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Diseases of the lungs (e.g. scarring of the lungs)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
104	t3_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Diseases of the heart or blood vessels (e.g. heart failure, heart attack)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
105	t4_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Stroke or diseases of the cerebral vessels	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
106	t5_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Diseases of the kidneys (e.g. chronic kidney disease)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
107	t6_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Diseases of the liver or bile ducts	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
108	t7_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Diseases of the gastrointestinal system (e.g. inflammatory bowel disease)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
109	t8_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Coagulation disorders (e.g. formation of blood clots or increased bleeding)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
110	t9_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Immune system disorders (e.g. immunosuppression, autoimmune disease)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
111	t10_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Other blood disorders (e.g. anaemia)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
112	t11_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Skin disorders (e.g. rash, inflammation, wound)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
113	t12_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Disorders of the thyroid gland (e.g. hypothyroidism, hyperthyroidism)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know
114	t13_engl Show the field ONLY if: [einvest_engl] = '1'	Disorders of brain function (e.g. increased forgetfulness, concentration disorders, seizures)	radio (Matrix) 1 Yes 0 No 2 I don't know

115	t14_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Disorders of nerve function (e.g. sensory disturbances)	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>I don't know</td></tr></table>	1	Yes	0	No	2	I don't know				
1	Yes												
0	No												
2	I don't know												
116	t15_engl Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Other (please specify)	radio (Matrix) <table><tr><td>1</td><td>Yes</td></tr><tr><td>0</td><td>No</td></tr><tr><td>2</td><td>I don't know</td></tr></table>	1	Yes	0	No	2	I don't know				
1	Yes												
0	No												
2	I don't know												
117	q23_engl Show the field ONLY if: [t15_engl] = '1' and [einverst_engl] = '1'	Other (please specify)	notes										
118	eq5d5l_instr1_uk_eng Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	Section Header: Please select the ONE box that best describes your health TODAY.	descriptive										
119	eq5d_mb_5l_uk_eng Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	MOBILITY	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>I have no problems in walking about</td></tr><tr><td>2</td><td>I have slight problems in walking about</td></tr><tr><td>3</td><td>I have moderate problems in walking about</td></tr><tr><td>4</td><td>I have severe problems in walking about</td></tr><tr><td>5</td><td>I am unable to walk about</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	I have no problems in walking about	2	I have slight problems in walking about	3	I have moderate problems in walking about	4	I have severe problems in walking about	5	I am unable to walk about
1	I have no problems in walking about												
2	I have slight problems in walking about												
3	I have moderate problems in walking about												
4	I have severe problems in walking about												
5	I am unable to walk about												
120	eq5d_sc_5l_uk_eng Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	SELF-CARE	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>I have no problems washing or dressing myself</td></tr><tr><td>2</td><td>I have slight problems washing or dressing myself</td></tr><tr><td>3</td><td>I have moderate problems washing or dressing myself</td></tr><tr><td>4</td><td>I have severe problems washing or dressing myself</td></tr><tr><td>5</td><td>I am unable to wash or dress myself</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	I have no problems washing or dressing myself	2	I have slight problems washing or dressing myself	3	I have moderate problems washing or dressing myself	4	I have severe problems washing or dressing myself	5	I am unable to wash or dress myself
1	I have no problems washing or dressing myself												
2	I have slight problems washing or dressing myself												
3	I have moderate problems washing or dressing myself												
4	I have severe problems washing or dressing myself												
5	I am unable to wash or dress myself												
121	eq5d_ua_5l_uk_eng Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	USUAL ACTIVITIES (e.g. work, study, housework, family or leisure activities)	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>I have no problems doing my usual activities</td></tr><tr><td>2</td><td>I have slight problems doing my usual activities</td></tr><tr><td>3</td><td>I have moderate problems doing my usual activities</td></tr><tr><td>4</td><td>I have severe problems doing my usual activities</td></tr><tr><td>5</td><td>I am unable to do my usual activities</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	I have no problems doing my usual activities	2	I have slight problems doing my usual activities	3	I have moderate problems doing my usual activities	4	I have severe problems doing my usual activities	5	I am unable to do my usual activities
1	I have no problems doing my usual activities												
2	I have slight problems doing my usual activities												
3	I have moderate problems doing my usual activities												
4	I have severe problems doing my usual activities												
5	I am unable to do my usual activities												
122	eq5d_pd_5l_uk_eng Show the field ONLY if: [einverst_engl] = '1'	PAIN / DISCOMFORT	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>I have no pain or discomfort</td></tr><tr><td>2</td><td>I have slight pain or discomfort</td></tr><tr><td>3</td><td>I have moderate pain or discomfort</td></tr><tr><td>4</td><td>I have severe pain or discomfort</td></tr><tr><td>5</td><td>I have extreme pain or discomfort</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	I have no pain or discomfort	2	I have slight pain or discomfort	3	I have moderate pain or discomfort	4	I have severe pain or discomfort	5	I have extreme pain or discomfort
1	I have no pain or discomfort												
2	I have slight pain or discomfort												
3	I have moderate pain or discomfort												
4	I have severe pain or discomfort												
5	I have extreme pain or discomfort												

123	eq5d_ad_5l_uk_eng Show the field ONLY if: [einvorst_eng] = '1'	ANXIETY / DEPRESSION	radio, Required <table><tr><td>1</td><td>I am not anxious or depressed</td></tr><tr><td>2</td><td>I am slightly anxious or depressed</td></tr><tr><td>3</td><td>I am moderately anxious or depressed</td></tr><tr><td>4</td><td>I am severely anxious or depressed</td></tr><tr><td>5</td><td>I am extremely anxious or depressed</td></tr></table> Custom alignment: LV	1	I am not anxious or depressed	2	I am slightly anxious or depressed	3	I am moderately anxious or depressed	4	I am severely anxious or depressed	5	I am extremely anxious or depressed
1	I am not anxious or depressed												
2	I am slightly anxious or depressed												
3	I am moderately anxious or depressed												
4	I am severely anxious or depressed												
5	I am extremely anxious or depressed												
124	eq5d5l_vas2_uk_eng Show the field ONLY if: [einvorst_eng] = '1'	We would like to know how good or bad your health is TODAY. You will see a scale numbered from 0 to 100. 100 means the best health you can imagine. 0 means the worst health you can imagine. Please indicate on the scale how your health is TODAY.	slider (number), Required Slider labels: 0 - The worst health you can imagine, 50, 100 - The best health you can imagine Custom alignment: RV										
125	eq5d5l_copy6_uk_eng Show the field ONLY if: [einvorst_eng] = '1'	© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation. UK (English) v2.1	descriptive										
126	q23_engl_2 Show the field ONLY if: [einvorst_eng] = '1'	Section Header: If you would like to tell us more about your symptoms, please feel free to do so here:	notes										
127	goodbye_en Show the field ONLY if: [einvorst_eng] = '1'	Thank you very much for your participation! Your answers are very valuable for our research on the health effects of the coronavirus in the population. If you have any questions or suggestions regarding the study, please do not hesitate to contact us: Klinische Forschungsabteilung CTCUniversitätsspital ZürichRämistrasse 100/ NORD1 U3588091 ZürichTel.: 043 253 08 69CTC-RW@usz.ch We wish you all the best of health! Yours sincerely, Research Department of the University Hospital Zurich	descriptive										
128	cov2_survey_complete	Section Header: <i>Form Status</i> Complete?	dropdown <table><tr><td>0</td><td>Incomplete</td></tr><tr><td>1</td><td>Unverified</td></tr><tr><td>2</td><td>Complete</td></tr></table>	0	Incomplete	1	Unverified	2	Complete				
0	Incomplete												
1	Unverified												
2	Complete												