



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Fragebögen

DID

CID



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Meinung zur Gesundheitsforschung

Persönliche Angaben

1 Ich bin :

- weiblich
- männlich

2 In welchem Jahr sind Sie geboren?

Jahr : _____

3 Welches ist Ihre Nationalität?

- Schweizer/ in
- Doppelbürger/ in (nämlich): _____ und _____
- Ausländische Nationalität, nämlich _____

4 Welche Sprache wird bei Ihnen zu Hause gesprochen?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Französisch
- Schweizerdeutsch
- Deutsch
- Italienisch
- Andere, nämlich: _____

5 Seit wann leben Sie in der Schweiz?

- Von Geburt an
- Seit _____ (Jahr/en)

6 Wie ist Ihre derzeitige Wohnsituation?

- Ich wohne allein
- Ich wohne zusammen mit meinem/r Lebens/Ehepartner/in, bzw. meiner Familie (auch falls nur zeitweise, z.B. bei gemeinsamer Sorge getrennter Partner)
- Ich wohne in einer Wohngemeinschaft
- Andere Wohnsituation
Welche: _____

7 Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie?

Bitte nur ein Feld ankreuzen.

- Primarschule
- Sekundarschule
- Gymnasium
- Berufslehre / Berufsmaturität
- Hochschulabschluss: Bachelor
- Hochschulabschluss: Master/Diplom
- Hochschulabschluss: Doktorat/ PhD
- Andere : _____
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

8 Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- < CHF 3'000
- zwischen CHF 3'000.- und CHF 4'500.-
- zwischen CHF 4'500.- und CHF 6'000.-
- zwischen CHF 6'000.- und CHF 9'000.-
- zwischen CHF 9'000.- und CHF 11'000.-
- > CHF 11'000
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

9 Angaben zu Ihrem Beruf

1 Welches ist Ihr aktueller Beruf? _____

2 Welches ist Ihr gelernter Beruf? _____

10 Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an?

- Ja
 - Welcher?
 - Römisch-katholische Kirche
 - Evangelisch-reformierte Kirche
 - Islam
 - Judentum
 - Andere (nämlich) : _____
- Nein
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

11 Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmässig
- Schlecht
- Sehr schlecht

Ihre Meinung zur Gesundheitsforschung

Ihre Meinung zur Gesundheitsforschung und zu den Fragen, die sie aufwirft, ist sehr wichtig für uns. Wir sind dabei, eine bundesweite Gesundheitsstudie vorzubereiten und wüssten gern die Meinung der Bevölkerung zu diesem Thema.

Versetzen Sie sich dazu bitte in Frau Müller, eine erfundene Person. So können Sie sich besser vorstellen, wie Sie reagieren würden, wenn man Ihnen vorschläge, an einer solchen Studie teilzunehmen. **Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten, es ist IHRE Meinung, die uns interessiert!**

Frau Müller erhält einen Brief von Gesundheitsforschern. Die Forschenden fragen, ob sie bereit wäre, an einer grossen Gesundheitsstudie teilzunehmen. Diese Studie soll helfen, Krankheiten besser zu behandeln oder zu verhindern.

12 Wenn Sie sich die beschriebene Situation vorstellen, welches ist Ihre erste Reaktion? Generell wäre ich dieser Gesundheitsstudie gegenüber

- sehr positiv eingestellt
- einigermaßen positiv eingestellt
- eher negativ eingestellt
- sehr negativ eingestellt
- Ich würde mich nicht betroffen fühlen oder die Studie wäre mir egal

13 Haben Sie schon einmal an einer Gesundheitsstudie teilgenommen?

- Ja
Können Sie uns Details zu der Studie nennen (z. B. Studienname, Zweck, Ihr Beitrag)?

- Nein
- Weiss nicht

Der Einladungsbrief für die Gesundheitsstudie führt Namen und Telefonnummer einer Auskunftsperson an. Frau Müller ruft dort an und erkundigt sich, wie eine solche Studie genau ablaufen würde. Ihr wird erklärt, dass sie für diese Studie Fragebögen ausfüllen, sowie in einem Studienzentrum Blut- und Urinproben abgeben soll.

14 Wenn Sie sich die beschriebene Situation vorstellen, wären Sie bereit, an einer Gesundheitsstudie teilzunehmen, wenn folgende Aktivitäten von Ihnen verlangt werden:

	Ja	Nein
1 Beantwortung von detaillierten Fragen zu Krankheitsrisiken und Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Besuch eines Studienzentrums für gesundheitliche Untersuchungen (z.B. Kantonsspital, Forschungszentrum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Entnahme von Blut, Urin, oder Speichel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frau Müller fragt sich, ob diese Studie wirklich nützlich und von guter Qualität ist. Vor allem würde sie gern wissen, ob sie ein Risiko eingeht, wenn sie teilnimmt. Daraufhin informiert die Auskunftsperson am Telefon Frau Müller, dass die Studie von der Ethikkommission genehmigt wurde.

15 Haben Sie den Begriff „Ethikkommission“ schon einmal gehört?

- Ja, und ich könnte den Begriff erklären
- Ja, aber ich weiss nicht genau, was man darunter versteht
- Nein

Eine Ethikkommission ist ein unabhängiges Gutachtergremium, welches Forschungsvorhaben aus moralischer, rechtlicher und sozialer Sicht beurteilt. Studien an Menschen müssen von einer Ethikkommission bewilligt werden.

16 Wie stark beeinflussen die folgenden Aspekte Ihr Vertrauen in die Gesundheitsforschung, bzw. in eine bestimmte Gesundheitsstudie?

		Sehr	Etwas	Kaum/gar nicht
1	Transparente und verständliche Information zum Ablauf der Studie und ihren Resultaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Die Möglichkeit zu bestimmen, wer meine Daten erhält	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Gelegenheit, das Forschungsteam kennenzulernen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Genehmigung einer Studie durch die Ethikkommission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Meine Meinung zum Ablauf der Studie sagen zu können, und zu wissen, dass sie nach Möglichkeit berücksichtigt wird	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frau Müller willigt ein, an der Studie teilzunehmen. Sie unterschreibt eine Einverständniserklärung. Mit ihrer Unterschrift stimmt sie zu, den Forschenden Gesundheitsdaten zu ihrer Person und biologische Proben zu überlassen:

- **Gesundheitsdaten:** diese Daten werden durch Befragung und Untersuchung zum Gesundheitszustand und zu den Lebensumständen erfasst, um daraus wichtige Hinweise zu gewinnen für die bessere Verhinderung und Behandlung von Krankheiten
- **Biologische Proben:** biologische Flüssigkeiten wie Blut, Urin, oder Speichel werden im Studienzentrum entnommen und für die Erforschung der biologischen Krankheitsabläufe genutzt

Frau Müller würde gern wissen, ob ihr Name den Forschenden weitergegeben wird und wer Zugang zu den Gesundheitsdaten und den biologischen Proben haben wird.

Es gibt drei Möglichkeiten, in welchem Masse der Name und die Identität von Frau Müller den Forschenden bekannt gemacht wird:

- Unverschlüsselte Daten:** Die Forschenden kennen den Namen und das Geburtsdatum des/r Teilnehmers/in und sie unterliegen wie die Ärzte der medizinischen Schweigepflicht.
- Verschlüsselte Daten:** Die Forschenden wissen nicht, zu wem die Gesundheitsdaten und die Proben gehören. Im Interesse von Frau Müller (z.B. bei zufälligen wichtigen Befunden für Frau Müller) kann mit ihrem Einverständnis die Verschlüsselung rückgängig gemacht werden.
- Anonyme Daten:** Die Forschenden wissen nicht, zu wem die Daten und Proben gehören. Sie haben keine Möglichkeit zu ermitteln, welche Daten und Proben von Frau Müller stammen. Sie können Frau Müller keine Auskunft mehr geben zu ihren persönlichen Daten, bzw. bedarf dies eines ausserordentlichen Aufwandes.

17 Würden Sie Ihre Gesundheitsdaten in der beschriebenen Form der Forschung zur Verfügung stellen?

		Ja	Möglicherweise	Nein
1	Unverschlüsselte Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verschlüsselte Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Anonyme Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 In welcher Form würden Sie Ihre biologischen Proben (Blut, Urin, Speichel) der Forschung zur Verfügung stellen?

		Ja	Möglicherweise	Nein
1	Unverschlüsselte Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Verschlüsselte Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Anonyme Daten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Am Telefon erklärt die Auskunftsperson der Studie Frau Müller, dass die Gesundheitsstudie, an der sie teilnehmen kann, auch genetische Untersuchungen (Genforschung) beinhaltet. Frau Müller wird informiert, dass die Gentests für ihre eigene Gesundheit nur in sehr seltenen Fällen von Bedeutung sind, und dass die wenigsten Krankheiten ausschliesslich genetisch bedingt sind. Andere Faktoren, wie die Umwelt oder die Lebensweise, haben ebenfalls einen grossen Anteil an der Entwicklung von Krankheiten. Die Auskunftsperson erläutert, dass genetische Analysen genutzt werden, um die Krankheitsentstehung allgemein besser zu verstehen.

19 Wenn Sie sich die beschriebene Situation vorstellen, welches ist Ihre erste Reaktion? **Generell bin ich der genetischen Forschung gegenüber ...**

- sehr positiv eingestellt
- einigermaßen positiv eingestellt
- eher negativ eingestellt
- sehr negativ eingestellt
- Sie würden sich nicht betroffen fühlen oder genetische Forschung wäre Ihnen egal

20 Wenn Sie gefragt würden: Wären Sie im Prinzip dazu bereit, an einer Studie teilzunehmen, in der es um genetische Fragestellungen geht?

- Ja
- Nein, weil (bitte geben Sie hier den Grund an) _____
- Ich weiss nicht

Frau Müller willigt ein, für die Gesundheitsstudie Blut zu spenden. In dieser Studie wird nur ein kleiner Teil dieses Blutes sofort analysiert, der Rest wird für zukünftige Forschungsprojekte in einer «Biobank» gelagert.

21 Haben Sie den Begriff „Biobank“ schon einmal gehört?

- Ja, und ich könnte den Begriff erklären
- Ja, aber ich weiss nicht genau, was man darunter versteht
- Nein

Biobanken sind Aufbewahrungsstellen von biologischen Proben (wie Blut, Urin oder Speichel) und den zugehörigen Gesundheitsdaten. Hier werden die Proben von Teilnehmer/-innen an Gesundheitsstudien über viele Jahre (in anonymer Form) aufbewahrt, so dass sie für verschiedene Gesundheitsstudien verwendet werden können. Die Analyse einer grösseren Anzahl solcher Proben erlaubt es, die Faktoren besser zu verstehen, die die Gesundheit des Einzelnen beeinflussen. Je mehr Proben in einer Biobank gesammelt sind, desto besser können damit die Ursachen von Krankheiten untersucht werden.

22 Würden Sie es begrüßen, wenn in der Schweiz eine nationale Biobank zu Forschungszwecken aufgebaut würde?

- Ja, auf jeden Fall
- Eher ja
- Eher nein
- Nein, gar nicht
- Weiss nicht

Frau Müller willigt ein, dass ihre Proben und die in der Studie erhobenen Gesundheitsdaten in einer Biobank aufbewahrt werden. Die Auskunftsperson erläutert Frau Müller, dass sie selber entscheidet, wie ihre Proben und Daten genutzt werden dürfen. Dafür unterschreibt Frau Müller eine Einverständniserklärung, die verschiedene Formen haben kann. Frau Müller erfährt auch, dass sie ihre Einwilligung im Verlauf der Studie und auch nach deren Abschluss jederzeit ändern oder zurückziehen kann.

Die verschiedenen Formen der Einwilligung:

Generelle Einwilligung: Frau Müller kann einmalig ihre Einwilligung abgeben, und damit den Forschenden erlauben, ihre Proben für jedes Forschungsprojekt zu benutzen, das von einer Ethikkommission bewilligt wurde.

Spezifische Einwilligung: Frau Müller kann ihre Einwilligung unter der Voraussetzung abgeben, dass sie für jedes neue Forschungsprojekt neu kontaktiert wird, um zu entscheiden, ob sie die Verwendung ihrer Proben zustimmt oder nicht.

Dynamische Einwilligung: Frau Müller kann in ihrer Einwilligung angeben, für welche Art von Forschungsprojekt/en ihre Proben und Daten verwendet werden dürfen. Ausserdem erlaubt diese Variante der Einwilligung, dass sie ihre Angaben im Laufe der Zeit ändert.

23 Wenn Sie sich vorstellen, dass in der Schweiz eine grosse nationale Gesundheitsstudie geplant ist, welche Form von Einwilligung würden Sie geben?

Bedenken Sie auch, dass Sie die Einwilligung zu jedem Zeitpunkt ändern oder zurückziehen können, und dass Sie immer verlangen können, dass Ihre Proben vernichtet werden.

- Generelle Einwilligung
- Spezifische Einwilligung
- Dynamische Einwilligung
- Ich würde kein biologisches Material für Forschung spenden
- Ich weiss nicht

Am Telefon mit der Auskunftsperson der Studie erfährt Frau Müller, dass in der Schweiz vor kurzem das elektronische Patient-Dossier eingeführt wurde. Damit haben Patienten die Möglichkeit, ihre Daten an zentraler Stelle zu sammeln und selbst zu verwalten.

24 Haben Sie den Begriff „elektronisches Patientendossier“ schon einmal gehört?

- Ja, und ich könnte den Begriff erklären
- Ja, aber ich weiss nicht genau, was man darunter versteht
- Nein

Ein Patientendossier ist eine Sammlung von gesundheitsbezogenen persönlichen Informationen, Daten und Dokumenten einer Person auf einer sicheren Internetplattform. Diese Informationen können je nach persönlicher Einwilligung medizinischem Personal zugänglich gemacht werden. Das Patientendossier könnte den Forschenden einer Gesundheitsstudie helfen, Zusammenhänge zu erkennen zwischen heutigen und zukünftigen Krankheitsbildern, und Substanzen, die in den biologischen Proben gemessen wurden.

25 Können Sie sich vorstellen, ein elektronisches Patientendossier anzulegen?

- Ich habe bereits ein elektronisches Patientendossier
- Ja
- Nein
- Weiss nicht

26 Zurzeit ist keine Nutzung des elektronischen Patientendossiers für die Forschung vorgesehen. Trotzdem möchten wir von Ihnen erfahren, falls Sie ein elektronisches Patientendossier hätten oder haben: Würden Sie dann erlauben, dass Forscher/-innen auf Informationen aus dem elektronischen Patientendossier zurückgreifen können?

(Sie könnten als Patient/-in selbst bestimmen, auf welche)

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

Bereitschaft, an einer Langzeit-Gesundheitsstudie teilzunehmen

Es gibt verschiedene Formen der Gesundheitsforschung, und wir hätten hier gern Ihre Meinung zu Langzeit-Gesundheitsstudien. Für solche Studien werden die Teilnehmer/-innen mehrere Male über einen langen Zeitraum befragt und untersucht, um die Entwicklung des Gesundheitszustands zu verfolgen. Warum wird der Eine krank, die Andere aber bleibt gesund? Welche Faktoren begünstigen die Entwicklung einer Krankheit? Welche Rolle spielen dabei die Umwelt, das soziale Umfeld, die Ernährung, oder die Gene?

Solche Fragen sollen mit Langzeitstudien beantwortet werden, um die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten zu verbessern. **Auch hier ist Ihre Meinung für uns sehr wertvoll**, denn damit helfen Sie uns in der Schweiz eine neue Langzeitstudie zu entwickeln: die Schweizer Gesundheitsstudie.

27 Wären Sie grundsätzlich dazu bereit, an einer Langzeitstudie teilzunehmen?

- Ja, auf jeden Fall
- Eher ja
- Eher nein
- Nein, gar nicht

Warum nicht: _____

28 Wie möchten Sie für eine Langzeitstudie angefragt werden?

Bitte kreuzen Sie alle Formen der Anfrage an, die für Sie in Frage kommen.

- Per Brief
- Per Telefon
- Internet (E-Mail, Soziale Medien etc.)
- Hausbesuch durch Forschungsteam
- Beim Hausarzt
- In der Apotheke
- Im Spital
- Andere Möglichkeit, nämlich : _____

29 Nachdem Sie sich für die Teilnahme an einer Langzeitstudie entschieden haben, wie möchten Sie während der Studie befragt werden?

Bitte kreuzen Sie alle Arten der Befragung an, die für Sie in Frage kommen.

- Schriftlich (mit einem Fragebogen)
- Telefonisch (in einem Interview)
- Online über das Internet
- Persönliches Interview bei Ihnen zu Hause
- Persönliches Interview in einem Gesundheitszentrum
- Smartphone/ App
- Andere Möglichkeit, nämlich : _____

30 Was ist/wäre Ihre Motivation, an einer Langzeitstudie mitzumachen, und dafür Zeit, Informationen und allenfalls biologisches Material zu spenden?

Bitte kreuzen Sie alle Arten der Befragung an, die für Sie in Frage kommen.

- Ich kann zum Fortschritt in der Medizin beitragen
- Ich kann auf diesem Weg zur Gesundheit von Mitmenschen beitragen
- Ich interessiere mich für Forschung und Gesundheit
- Ich erhalte einen kostenlosen Gesundheitscheck
- Ich erhalte die Studienresultate als Rückmeldung
- Es macht mich stolz, Teilnehmer /-in einer wichtigen Schweizer Studie zu sein
- Geld
- Kleine Geschenke (z.B. REKA Scheck, Reisegutschein)
- Andere Gründe : _____
- Es gibt keine Gründe, die mich zu einer Teilnahme bewegen könnten

31 Aus welchen Gründen würden Sie die Teilnahme an einer Langzeitstudie ablehnen?

Bitte kreuzen Sie alle Gründe an, welche Sie von einer Studienteilnahme abhalten würden.

- Ich bin daran nicht interessiert
- Ich habe keine Zeit
- Ich habe nur am Abend und am Wochenende Zeit, an einer Studie teilzunehmen
- Ich profitiere nicht persönlich von den Resultaten einer solchen Studie
- Ich halte nichts von Gesundheitsforschung
- Ich glaube nicht, dass eine solche Studie die Gesundheit der Bevölkerung verbessern könnte
- Ich möchte dafür nicht extra ein Studienzentrum besuchen
- Ich möchte meine Gesundheitsdaten nicht teilen
- Ich möchte kein Blut (oder andere biologische Proben) spenden
- Ich fürchte, dass meine Daten nicht ausreichend geschützt sein werden
- Ich fürchte, dass meine Daten missbraucht werden könnten (z.B. durch Krankenversicherungen, Arbeitgeber o.ä.)
- Ich fürchte, dass mein freiwilliger Beitrag den privaten Interessen der Pharmaindustrie dienen könnte
- Andere Gründe : _____
- Ich würde die Teilnahme nicht ablehnen

32 Welche biologischen Proben würden Sie im Rahmen einer Langzeitstudie der Forschung zur Verfügung stellen (alle sind gleich wertvoll für die Forschung)?

Bitte kreuzen Sie alle Proben an, die Sie spenden würden.

- Speichel
- Haar
- Urin
- Blut
- Stuhl
- Genetisches Material (DNA) (z.B. aus einer Blut- oder Speichelprobe)
- Keine

33

Mit welcher Art von Untersuchungen wären Sie im Rahmen einer Langzeitstudie einverstanden?

Bitte kreuzen Sie alle Untersuchungen an, mit denen Sie grundsätzlich einverstanden wären.

- Einfache anthropometrische Messungen (z.B. Grösse, Gewicht, Taillenumfang, Armumfang)
- Messung von Körperfunktionen (z.B. Blutdruck, Dichtemessung des Knochens, EKG)
- Tragen von kleinen Messgeräten über eine definierte Zeitdauer (z.B. Blutdruck über 24 Stunden, Aktivitätsmessgerät während einer Woche)
- Körperfunktionstests (z.B. Belastungstest, Handgrip Test, Lungenfunktionstest, Mobilitätstests)
- Medizinische Bildgebungsverfahren (z.B. Ultraschall, MRT)
- Fragebögen zum Konsumentenverhalten (z.B. zur Ernährung, zum Gebrauch von Haushaltsreinigern)
- Blutbild
- Sinnestest (Sehen, Riechen, Hören, Schmecken)
- Kognitive Tests (z.B. Gedächtnis)
- Sammeln von Urin über 24 Stunden zu Hause mit organisiertem Transport zum Studienzentrum
- Sammeln eines Blutropfens vom Finger auf Löschpapier (mittels zur Verfügung gestelltem Gerät) und Versendung über vorfrankierten Postumschlag
- Sammeln von Stuhlproben mittels hygienisch einwandfreiem Entnahmeprozedere zu Hause auf der eigenen Toilette und mit organisiertem Transport zum Studienzentrum
- Spende von biologischen Proben in einem nahegelegenen Studienzentrum
- Diagnostische Tests (z.B. Allergietests, Diabetes)

34

Alle diese Untersuchungen können Aufschluss über Ihren Gesundheitszustand geben und so möglicherweise helfen, Krankheiten vorzubeugen. Welche Art von Resultaten würden Sie nach Möglichkeit gern erfahren?

	Ja	Nein
1		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35**Wie sollten Ihnen nach Möglichkeit diese Resultate mitgeteilt werden?***Bitte kreuzen Sie all Möglichkeiten an, die für Sie in Frage kommen.*

- Ich möchte keine Studienresultate erfahren
- Ich möchte die Studienresultate erfahren
Wie ?

		Allgemeine Resultate	Genetische Befunde
1	Per Brief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Per e-mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Per Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Anlässlich einer Untersuchung durch Ihre/n Hausarzt/ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Anlässlich eines Besuchs durch das Forschungsteam bei Ihnen zu Hause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Das Ziel der geplanten Langzeitstudie ist es unter anderem, besser zu verstehen, wie die verschiedenen Aspekte unserer Lebensumwelt (z.B. Umweltverschmutzung durch Pestizide, Plastik oder Verkehrslärm) bzw. unsere Gewohnheiten (z.B. Ernährung, körperliche Aktivität) Einfluss auf unsere Gesundheit nehmen.

36**Wie wichtig ist es Ihrer Meinung nach, die Auswirkungen der Umwelt auf die Gesundheit zu untersuchen?**

- Sehr wichtig
- Ziemlich wichtig
- Nicht so wichtig
- Überhaupt nicht wichtig
- Ich kann mit dieser Frage nichts anfangen/ es ist mir egal

Anlässlich einer Gesundheitsstudie ist es manchmal nötig, mit anderen Forschenden zusammenzuarbeiten. Die Gesundheitsdaten und/oder die biologischen Proben der Studienteilnehmer /-innen könnten dann mit Forschenden an anderen Institutionen als der Hauptverantwortlichen durchgeführt werden. Dieser Austausch kann innerhalb der Schweiz oder auch mit Forschenden aus dem Ausland erfolgen. Natürlich unterliegt der Austausch von Schweizer Proben der Schweizer Gesetzgebung zum Datenschutz und ist nur mit Einwilligung der Studienteilnehmer möglich.

37 Welchen Forschenden oder Institutionen würden Sie es erlauben, biologische Proben und Daten für Forschungszwecke zu verwenden?

Mehrfachantworten sind möglich.

- Forschende an Universitäten und Kliniken in der Schweiz
- Forschende an Universitäten und Kliniken im Ausland
- Forschende aus Bundesämtern (resp. staatlich subventionierten Forschende)
- Forschende von non-profit Institutionen (Krebsliga)
- Forschende aus der Pharmaindustrie
- Forschende aus der Nahrungsmittelindustrie
- Forschende aus der Fitnessindustrie
- Ich beteilige mich nicht an Gesundheitsstudien

38 Würden Sie es im Rahmen einer Langzeitstudie erlauben, dass die für die Langzeitstudie verantwortlichen Forschenden bei den folgenden Personen/Institutionen Gesundheitsinformationen zu Ihrer Person abfragen?

Für die Pilotphase der Schweizer Gesundheitsstudie wird dies nicht gemacht.

	Ja	Möglicherweise	Nein
1 Hausarzt/ -ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Spezialisten (Gynäkologe/ -in, Dermatologe/ -in, Augenarzt/ -ärztin....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Andere medizinische Ansprechpartner (Apotheke, Spitex, Altersheim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Spital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5 Datenbanken von Institutionen und medizinischen Organisationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Gesundheits- und Diagnoseregister (z.B Krebsregister)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Entstehung einer Krankheit hat meistens nicht nur eine Ursache, sondern viele Faktoren wirken zusammen. Um die komplizierten Entstehungsmuster von Krankheiten untersuchen zu können, müssen deshalb alle Faktoren in ihrer Gesamtheit erfasst werden. Fragebogen in Langzeitstudien sind deshalb relativ lang, können aber zu verschiedenen Zeitpunkten ausgefüllt werden.

39 Welcher Zeitaufwand ist für Sie tragbar, wenn Sie einen Fragebogen (Papier oder online) zu Ihrer Gesundheit und Ihren Lebensumständen ausfüllen sollen?

- 4 Stunden und mehr
- 2 – 4 Stunden
- 1 – 2 Stunden
- Weniger als 1 Stunde
- Weiss nicht / Kommt auf die Fragen an

Der Besuch des Studienzentrums dient dazu, den Gesundheitszustand einer Person im Detail aufzunehmen. Viele verschiedene Einflussfaktoren und allfällige Krankheitsbilder müssen erfasst werden. Der Besuch des Studienzentrums kann deshalb einige Zeit dauern, je nach durchgeführten Untersuchungen.

40 Welcher Zeitaufwand ist für Sie tragbar für eine Untersuchung in einem Studienzentrum (für Anreise, Untersuchung, und Probeentnahme)?

- Ganzer Tag
- Halber Tag
- 1-2 Stunden
- Weiss nicht

41 In einigen Studien werden die Studienteilnehmer in Entscheidungen bezüglich der Studie einbezogen. Wie ist Ihre Meinung dazu?

- Ich möchte nicht einbezogen werden
- Ich möchte regelmässig z.B. in Form von Newslettern informiert werden
- Ich möchte meine Meinung zu diesen Themen äussern können
- Ich möchte aktiv innerhalb einer Diskussionsgruppe mitwirken, um einen Rahmen für solche Forschung zu schaffen
- Weiss nicht
- Ich möchte anders beitragen, wie? _____

42 Wären Sie daran interessiert, in dieser Pilotstudie in solche Entscheidungen einbezogen zu werden? Im Rahmen dieser Studie werden dazu Diskussionsgruppen angeboten.

- Ja, ich möchte an einer Diskussionsgruppe teilnehmen
- Nein

42.1 Wenn Sie an einer Diskussionsgruppe teilnehmen möchten, geben Sie uns hier bitte eine Kontaktmöglichkeit an:

Bemerkungen

- 43 Falls Sie uns noch etwas mitteilen wollen, finden Sie hier Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

**Wir
danken
Ihnen
herzlich!**



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Gesundheit

Gesundheitstabelle mit Beispielantworten

Ihre Gesundheitsinformationen (aktuelle oder vergangene Krankheiten)

BEISPIEL Krankheits-Gruppe	Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenten- einnahme (zur Zeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
	Hat Ihnen ein Arzt je gesagt , dass Sie diese Krankheit haben?	In welchem Jahr war das ungefähr zum ersten Mal?	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente gegen diese Krankheit?	Gehen Sie regelmässig zum Arzt wegen dieser Krankheit?	Wie häufig gingen Sie wegen dieser Krankheit in den letzten 12 Monaten zum Arzt?	Wurden Sie je wegen dieser Krankheit im Spital behandelt?	Wie viele Nächte verbrachten Sie in den letzten 12 Monaten wegen dieser Krankheit im Spital?
1 BEISPIEL-KRANKHEIT 1	<input checked="" type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	1 9 8 5	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	0	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	0
2 BEISPIEL-KRANKHEIT 2	<input checked="" type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	2 0 0 9	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	5	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	3
3 BEISPIEL-KRANKHEIT 3	<input type="checkbox"/> Ja → <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	

Beispiel

Bei „Nein“ diesen Bereich (hier zusätzlich grau schaffiert) bitte leer lassen

- Wenn Sie eine Diagnose NICHT hatten (*Nein*) oder wenn Sie es nicht wissen (*Weiss nicht*), dann können Sie die hellgrauen Felder in den Spalten rechts leer lassen.
- Falls Sie die Arztdiagnose bei Ihnen mit *JA* beantworten können, füllen Sie bitte die Spalten in hellgrau aus (eine Schätzung ist besser als keine Angabe).

MUSKULOSKELETTALE ERKRANKUNGEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zur Zeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
1	Rückenschmerzen über 3 Monate oder länger und zwar fast täglich	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2	Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3	Arthrose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

LUNGENERKRANKUNGEN

	Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zur Zeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
4 Asthma	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
5 Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
6 Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
7 Emphysem oder Lungenüberblähung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
8 Schlafapnoe oder gefährliches Schnarchen	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
9 Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
10 Andere Lungenerkrankung: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfragen: Falls Sie jemals Asthma hatten (auch Asthma, welches nicht vom Arzt diagnostiziert wurde).

Z 4.1

Haben Sie in den LETZTEN 12 Monaten einen Asthmaanfall gehabt?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

Z 4.2

Wie viele Asthmaanfälle haben Sie in den LETZTEN 12 Monaten gehabt?

Eine Schätzung ist besser als keine Angabe.

--	--	--

Asthmaanfall / Asthmaanfälle

Z 4.3

Nehmen Sie zurzeit Medikamente (auch Inhalationsmittel, Aerosol, Tabletten) gegen Asthma?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

Zusatzfragen: Falls Sie in den LETZTEN 12 Monaten eine Lungenentzündung hatten.

Z 9.1

Welche Ursache hatte Ihre Lungenentzündung?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Neuer Corona-Virus
- Virale Ursache (anderer Virus als der Coronavirus)
- Legionellose/Legionärskrankheit
- Bakterielle Ursache (andere als Legionellose)
- Weiss nicht

Z 9.2

Sind Sie während der LETZTEN 12 Monate auf Legionellose, bzw. die Legionärskrankheit getestet worden ? Falls Sie getestet wurden, geben Sie bitte das Datum des/r Tests, sowie Testergebnis/se und Art des/r Tests an.

- Ja →
- Nein
- Weiss nicht

Datum der/des Test/s	Testergebnis	Art des Tests
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: 8px;"> T T M M J J </div>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt/unklar	<input type="checkbox"/> Urinantigen-Test in Urin <input type="checkbox"/> Nachweis durch Kultur nach Abstrich/Auswurf <input type="checkbox"/> Genomnachweis (PCR) nach Abstrich/Auswurf <input type="checkbox"/> Serologische Analyse des Blutes <input type="checkbox"/> Ich weiss es nicht
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100px; font-size: 8px;"> T T M M J J </div>	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt/unklar	<input type="checkbox"/> Urinantigen-Test in Urin <input type="checkbox"/> Nachweis durch Kultur nach Abstrich/Auswurf <input type="checkbox"/> Genomnachweis (PCR) nach Abstrich/Auswurf <input type="checkbox"/> Serologische Analyse des Blutes <input type="checkbox"/> Ich weiss es nicht

Z 9.3 Falls Sie Legionellose, bzw. die Legionärskrankheit hatten, wurde versucht, die Ansteckungsquelle zu finden ?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ja, mit Erfolg (bitte geben Sie die Ansteckungsquelle an)
- Ja, aber ohne Erfolg
- Nein
- Weiss nicht

Z 9.4 Falls versucht wurde, die Ansteckungsquelle zu finden (Kreuz «ja» in 9.3), wer hat die Abklärung übernommen ?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Der/die behandelnde Arzt/Ärztin
- Der/die Kantonsarzt/ärztin
- Sie selbst
- Jemand anderes (bitte geben Sie an, wer)
- Weiss nicht

HAUTKRANKHEITEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
11	Neurodermitis bzw. atopisches Ekzem	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
12	Schuppenflechte bzw. Psoriasis	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
13	Starke Akne	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

ALLERGISCHE UND VERWANDTE ERKRANKUNGEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
14	Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
15	Anderer allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
16	Insektengiftallergie (nach Stich durch Biene, Wespe, Hummel oder Hornisse)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
17	Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

ALLERGISCHE UND VERWANDTE ERKRANKUNGEN

	Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
18	Tierhaarallergie	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
19	Kontaktallergie (z.B. Latex, Nickel, Parfüme...)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
20	Chronische Sinusitis oder chronische Nasennebenhöhlenentzündung / Stirnhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
21	Lebensmittelallergie (genaue angeben):	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
22	Lebensmittelintoleranz (genaue angeben):	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
23	Andere Allergie	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht

INFEKTIONSKRANKHEITEN		Arzt Diagnose bei IHNEN	Jahr der Arzt Diagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
24	HIV-Infektion oder AIDS Erkrankung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
25	Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
26	Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
27	Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
28	Gürtelrose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
29	Pfeifferisches Drüsenfieber (EBV-Virus)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
30	Borreliose (Lyme-Krankheit)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
31	Andere chronische Infektionskrankheit:	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

HERZKREISLAUF- ERKRANKUNGEN		Arzt Diagnose bei IHNEN	Jahr der Arzt Diagnose	Medikamenten- einnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
32	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
33	Verengung der Herzkranzgefässe bzw. Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
34	Herzschwäche bzw. Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
35	Herzrhythmus- störungen (inkl. Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
36	Durchblutungsstörungen in den Beinen (Schaufensterkrankheit, Claudicatio intermittens, arterielle Verschluss- krankheit)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
37	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfragen (Z 32.1 – Z 32.3), falls Sie jemals einen Herzinfarkt hatten.

Z 32.1

Wie viele Herzinfarkte hatten Sie?

Herzinfarkt/e

Z 32.2

Alter beim ERSTEN Herzinfarkt?

Alter in Jahren

Z 32.3

Alter beim LETZTEN Herzinfarkt?

Alter in Jahren

KREBSERKRANKUNGEN

	Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
38 Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
39 Darmkrebs	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
40 Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
41 Frauen: Gebärmutterhalskrebs	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
42 Männer: Prostatakrebs	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
43 Leukämie	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
44 Schwarzer Hautkrebs/Melanom	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
45 Anderer Krebs 1: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
46 Anderer Krebs 2: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

STOFFWECHSEL- ERKRANKUNGEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenten- einnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
47a	Zuckerkrankheit Typ I bzw. Diabetes mellitus I	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
47 b	Zuckerkrankheit Typ II bzw. Diabetes mellitus II	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
47 c	Diabetesdiagnose während der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
48	Erhöhte Blutfette bzw. Cholesterin oder Triglyceride	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
49	Gicht oder eine Harnsäureerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
50 a	Schilddrüsen- überfunktion (Hyperthyreose)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
50 b	Schilddrüsen- unterfunktion (Hypothyreose)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
50 c	Andere Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfragen (Z 47.1 – Z 47.3), falls Sie jemals Diabetes hatten.

Z 47.1

Wie werden Sie derzeit behandelt? Denken Sie bitte auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen.
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Nur mit Insulin
- Nur mit Tabletten
- Mit Insulin und Tabletten
- Nur diätetisch und mit anderen Empfehlungen zur Verbesserung des Lebensstils
- Andere Behandlung
- Keine Behandlung
- Weiss nicht

Z 47.2

Wenn Sie mit Insulin behandelt werden, seit welchem Alter?
Eine Schätzung ist besser als keine Angabe.

--	--

Alter in Jahren

Z 47.3

Ist bei Ihnen jemals aufgrund einer Zuckerkrankheit eine der folgenden Erkrankungen oder Komplikationen aufgetreten?
Mehrfachantworten sind möglich.

- Retinopathie, d.h. Schäden an der Netzhaut
- Erblindung
- Eiweiss im Urin
- Nierenversagen oder Einschränkung der Nierenfunktion
- Behandlung mit künstlicher Niere, also Dialyse oder Nierentransplantation
- Diabetischer Fuss (schlecht heilendes Geschwür)
- Amputationen von z.B. Zeh, Fuss, Unter- oder Oberschenkel
- Weiss nicht

 Keine der genannten Erkrankungen oder Komplikationen

**MAGEN- / DARM- / LEBER-
UND NIERENERKRANKUNGEN**

	Arzt Diagnose bei IHNEN	Jahr der Arzt Diagnose	Medikamenten- einnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
51 Magen- oder Zwölffingerdarm- geschwür	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
52 Sodbrennen bzw. ein Reflux von Magensäure in die Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
53 Entzündlicher Darm bzw. Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
54 Gallensteine	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
55 Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
56 Steine in Niere, Harnleiter oder Blase	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
57 Einschränkung der Nierenfunktion bzw. chronische Niereninsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfrage, falls Sie jemals eine eingeschränkte Nierenfunktion hatten.

Z 57.1

Wurden Sie jemals mit Dialyse (Blutwäsche) behandelt?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

NEUROLOGISCHE UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
58	Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
59	Epilepsie bzw. Krampfanfall	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
60	Migräne	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
61	Parkinson-Syndrom, auch Schüttellähmung genannt	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
62	Depression	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

NEUROLOGISCHE UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
63	Angsterkrankung oder Panikattacke	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
64	Essstörung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
65	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
66	Demenz bzw. Alzheimer	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfrage (Z 64.1), falls Sie jemals eine Essstörung hatten oder haben.

Z 64.1

Was war die ärztliche Diagnose der Essstörung?

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge-Eating
- andere _____

FRAUENKRANKHEITEN

	Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
67	Polyzystisches Ovarialsyndrom (Stein-Leventhal-Syndrom)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
68	Endometriose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
69	Gebärmuttermyom (Gebärmuttergeschwulst)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
70	Gebärmuttervorfall	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht
71	Infektion mit Papillomaviren (HPV) am Gebärmutterhals	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht

AUGENKRANKHEITEN		Arzt Diagnose bei IHNEN	Jahr der Arzt Diagnose	Medikamenten-einnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
72	Grauer Star bzw. Katarakt	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
73	Grüner Star bzw. Glaukom	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
74	Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
75	Andere Augenkrankheit: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Ohrenkrankheiten		Arzt Diagnose bei IHNEN	Jahr der Arzt Diagnose	Medikamenten-einnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
76	Tinnitus (Ohrengeräusch)	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
77	Hörsturz	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
78	Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
79	Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

ANDERE / SELTENE KRAKHEITEN		Arztdiagnose bei IHNEN	Jahr der Arztdiagnose	Medikamenteneinnahme (zurzeit)	Regelmässiger Arztbesuch	Anzahl Arztbesuche in letzten 12 Monaten	Hospitalisation (jemals)	Anzahl Spitalnächte in letzten 12 Monaten
80	Rheumatoide Arthritis/Polyarthritis	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
81	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
82	Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
83	Angeborene Fehlbildungen	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
84	Andere Krankheit 1: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>
85	Andere Krankheit 2: _____	<input type="checkbox"/> Ja→ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht	<input type="text"/>

Zusatzfrage (Z 83.1), falls sie eine Fehlbildung haben.

Z 83.1

An was für einer Fehlbildung leiden Sie?

- Fehlbildung/en des Bewegungsapparates (z.B. Klumpfuß, Hüftdysplasie)
- Fehlbildung/en des inneren Urogenitalsystems (z.B. Nierenfehlbildung)
- Herzfehler oder Fehlbildung/en des Kreislaufs
- Fehlbildung/en des Verdauungssystems
- Fehlbildung/en des zentralen Nervensystems (z.B. Nicht-Verschluss des Neuralrohrs)
- Fehlbildung/en des äußeren Urogenitalsystems (z.B. Hypospadie)
- Gesichtsspalte (z.B. Lippen- und / oder Gaumenspalte)
- Chromosomenaberration/en
- Ohrfehlbildung/en
- Augenfehlbildung/en
- Geringfügige Fehlbildung/en der Morphogenese (z.B. einzelne Palmarfalte, nicht geschlossene rechte Muskeln, Überschuss oder Verschmelzung von Fingern oder Zehen, Hämangiome, Nävi, ...)
- Andere

Allgemeine Gesundheit

86

Haben Sie eine Krankheit oder ein gesundheitliches Problem, das nicht vom Arzt diagnostiziert wurde?

- Nein
- Ja, und zwar Folgendes:

87

Inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?
Bitte für jede Aussage (a-i) nur eine Antwort ankreuzen.

Sind Sie oder haben Sie in den letzten 12 Monaten ...	Nein	Ja	Weiss nicht
1. ...irgendwann ein pfeifendes Atemgeräusch in der Brust gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ...Mühe gehabt mit Atmen, wenn Sie dieses pfeifende Atemgeräusch in der Brust gehabt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ...dieses pfeifende Atemgeräusch gehabt, ohne dass Sie gleichzeitig erkältet waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...irgendwann mit einem Druckgefühl oder Engegefühl in der Brust aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ...jemals wegen einem Hustenanfall aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ...einen Anfall von Atemnot nach körperlicher Anstrengung gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ...jemals aufgewacht, weil Sie plötzlich Atemnot gehabt haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ...tagsüber einen Anfall von Atemnot gehabt, wenn Sie ruhig waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Falls Sie schon einmal tagsüber einen Anfall von Atemnot hatten: Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal einen solchen Anfall hatten?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>		Jahre

88

Husten*Bitte für jede Aussage (a-d) nur eine Antwort ankreuzen.*

- | | | Nein | Ja | Weiss nicht |
|----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Husten Sie gewöhnlich im Winter morgens nach dem Aufstehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Husten Sie normalerweise im Winter tagsüber oder nachts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Husten Sie während mindestens 3 Monaten pro Jahr an einer Mehrzahl der Tage? (falls nein, bitte weiter zur nächsten Frage) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Seit wie vielen Jahren husten Sie so viel? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Weniger als 2 Jahre | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Jahre oder mehr | | | |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Anzahl Jahre |

89

Auswurf (Schleim)*Bitte für jede Aussage (a-d) nur eine Antwort ankreuzen.*

- | | | Nein | Ja | Weiss nicht |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Haben Sie im Winter gewöhnlich Auswurf morgens nach dem Aufstehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Haben Sie im Winter gewöhnlich tagsüber oder nachts Auswurf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Haben Sie solchen Auswurf an den meisten Tagen während mindestens 3 Monaten pro Jahr? (Falls nein, bitte weiter zur nächsten Frage) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Seit wie vielen Jahren haben Sie regelmässig Auswurf? | | | |
| | <input type="checkbox"/> Weniger als 2 Jahre | | | |
| | <input type="checkbox"/> 2 Jahre oder mehr | | | |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Anzahl Jahre |

90

Zählen Sie bitte zusammen, wie oft Sie in den vergangenen 12 Monaten an folgenden Symptomen litten.

Zählen Sie bitte folgendermassen:

- Wenn Sie in den vergangenen 12 Monaten 3-mal Schnupfen und 1-mal eine Mittelohrinfektion hatten, dann sind es insgesamt 4 Infektionen (wählen Sie die Antwortmöglichkeit „3–4-mal“).
- Wenn die Fieberepisode länger als 1 Tag dauerte, bitte als ein einmaliges Ereignis zählen (z.B. Fieber 3 Tage = 1 Mal).

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Zeile (a-e) an.

Wie häufig hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten...	Niemals	1-mal	2-mal	3-4-mal	5-6-mal	mehr als 6-mal
1. ...Fieber über 38°C? ...eine Infektion der oberen Atemwege?	<input type="checkbox"/>					
2. Z.B. Schnupfen oder Infektionen von Nasennebenhöhlen, Mandeln, Mittelohr, Rachen, Kehlkopf	<input type="checkbox"/>					
3. ...eine Infektion der unteren Atemwege? Z.B. Bronchitis oder Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>					
4. ...einen Magen-Darm-Infekt mit Durchfall? <i>Durchfall ist definiert als mindestens 3-mal flüssiger/breiiger Stuhlgang innerhalb von 24 Stunden</i>	<input type="checkbox"/>					
5. eine Blasenentzündung?	<input type="checkbox"/>					

91

Haben Sie chronische Schmerzen und Beschwerden?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

92

Nehmen Sie regelmässig Schmerzmittel?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Nie
- Sehr selten (weniger als 1-mal pro Monat)
- Selten (1–2-mal pro Monat)
- Manchmal (weniger als 1-mal pro Woche)
- Häufig (1–5-mal pro Woche)
- Täglich

93

Haben Sie eine Lebensmittelallergie oder -unverträglichkeit?

- Nein, ich habe keine
- Ja. Falls ja, welche ? *Mehrfachantworten möglich*
- Laktose
- Gluten
- Andere: _____

94

Falls Sie Tattoos oder Piercings haben: Haben Sie deshalb folgende Komplikationen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ich habe keine Tatoos oder Piercings
- Ich habe Tatoos oder Piercings, aber nie Komplikationen gehabt
- Ich habe manchmal eine Entzündung
- Ich habe eine oder mehrere chronische Entzündungen
- Ich habe/hatte allergische Reaktionen auf die Tatoos oder Piercings

Schlaf

95

Wie gut haben Sie in den letzten vier Wochen geschlafen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmässig
- Schlecht
- Sehr schlecht
- Weiss nicht

96

Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?**Effektive Schlafzeit pro Nacht:**

1. Stunden während der Woche (So–Do) pro Nacht
2. Stunden am Wochenende (Fr–Sa) pro Nacht

97

Wie häufig halten Sie in der Regel Mittagsschlaf?*Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

- Nie
- Weniger als 1-mal pro Woche
- 1- bis 4-mal pro Woche
- 5- bis 6-mal pro Woche
- Täglich

98

Wie lange halten Sie in der Regel Mittagsschlaf?*(Falls Sie keinen Mittagsschlaf halten, tragen Sie bitte die Zahl 0 ein.)*

--	--	--

 Minuten

Stress

99

Wie gestresst fühlen Sie sich im Moment?*(1 = kein Stress, 6 = extremer Stress)**Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

Kein Stress						Extremer Stress
1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>						

100

Wenn Sie an das letzte Jahr denken: Wieviel Stress hatten Sie zu Hause?*(1 = kein Stress, 6 = extremer Stress)**Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

Kein Stress						Extremer Stress
1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>						

101**Wenn Sie an das letzte Jahr denken: Wieviel Stress hatten Sie bei der Arbeit?***(1 = kein Stress, 6 = extremer Stress)**Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

Kein Stress						Extremer Stress
1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>						

102**Gelingt es Ihnen, ein gutes Gleichgewicht zwischen Ihrem Berufs- und Ihrem Privatleben (Familie, PartnerIn, Freunde) zu halten?***(1= gelingt schlecht, 6=gelingt gut)**Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

Gelingt schlecht						Gelingt gut
1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>						

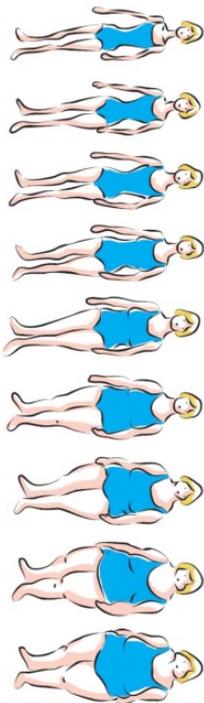
103**Auf einer Skala von 1 bis 6: Wie gut können Sie mit Stress umgehen?***(1 = Ich kann Stress von mir abschütteln, 6 = Stress nagt an mir)**Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

Kann Stress abschütteln						Stress nagt an mir
1	2	3	4	5		6
<input type="checkbox"/>						

Körperformen

Für Frauen

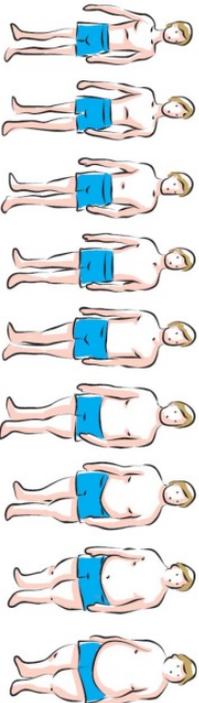
Welche dieser Körperformen beschreibt Sie am besten im jeweils angegebenen Alter?
(Sollten Sie sich nicht zwischen zwei Körperformen entscheiden können, kreuzen Sie bitte beide Kästchen an)



Zurzeit										
Als Sie 8 Jahre alt waren										
Als Sie Ihre erste Monatsblutung hatten										
Als Sie 30 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 30 Jahre alt sind)										
Als Sie 45 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 45 Jahre alt sind)										
Als Ihre Monatsblutung aufgehört hat ("aufgehört" heisst: keine Monatsblutung in den letzten 12 Monaten; Bitte leer lassen, falls Sie noch eine Periode haben)										
Als Sie 60 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 60 Jahre alt sind)										

Für Männer

Welche dieser Körperformen beschreibt Sie am besten im jeweils angegebenen Alter?
(Sollten Sie sich nicht zwischen zwei Körperformen entscheiden können, kreuzen Sie bitte beide Kästchen an)



Zurzeit										
Als Sie 8 Jahre alt waren										
Als Sie 30 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 30 Jahre alt sind)										
Als Sie 45 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 45 Jahre alt sind)										
Als Sie 60 Jahre alt waren (Bitte leer lassen, falls Sie noch nicht 60 Jahre alt sind)										

Operationen

105

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Operationen durchgeführt?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

Mehrfachantworten sind möglich.

Ich hatte noch **NIE** eine Operation

Herzklappen-Operation

Ballondilatation der Herzkranzgefäße (PTCA) mit oder ohne Stent-Implantation

Bypass-Operation am Herzen

Schrittmacher-Implantation

Ballondilatation der Beinarterien mit oder ohne Stent-Implantation

Bypass-Operation an den Beinarterien

Operation der Halsschlagader (Karotisarterie)

Rückenoperation (z.B. Diskushernie, Ischias)

Knieoperation

Knieprothese implantiert

Hand- oder Armoperation (z.B. Karpaltunnelsyndrom)

Schulteroperation

Fuss- oder Zehengelenk (z.B. Hallux)

Hüftoperation

Hüftprothese implantiert

Blinddarm

Milz

Rachen- oder Gaumenmandeln

Thymus-Operation

Polypen in der Nasennebenhöhle

Gallenblase

Schilddrüse/Nebenschilddrüse

Gebärmutter (Frauen)

Eierstock (Frauen)

Brust links

Brust rechts

Prostata (Männer)

Andere, welche? _____

Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

106

Haben Sie einen persönlichen Hausarzt oder eine persönliche Hausärztin?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Nein (bitte weiter zu Frage 108)
- Ja
- Weiss nicht

107

**Wie häufig sind Sie in den letzten 12 Monaten bei Ihrem persönlichen Hausarzt
gewesen? Eine Schätzung ist besser als keine Angabe.**

Mal

Welche der folgenden Fachärzte haben Sie in den letzten 12 Monaten aufgesucht?

Gemeint ist jeder Besuch in einer Arztpraxis oder einem medizinischen Vorsorgezentrum, auch wenn der Arzt/die Ärztin selbst nicht konsultiert wurde; auch Hausbesuche durch die entsprechenden Ärzte sind hinzuzurechnen; Telefonkonsultationen zählen nicht mit. Zutreffendes bitte ankreuzen und Anzahl Arztbesuche in den letzten 12 Monaten angeben. Mehrfachantworten sind möglich.

 Keine der folgend genannten Fachärzte

Facharzt/Fachärztin für
Anzahl Arztbesuche (letzte 12 Monate)
 Allgemeinmedizin

 Innere Medizin

 Hals-Nasen-Ohren

 Augenheilkunde (Ophthalmologie)

 Radiologie (Röntgenarzt)

 Neurologie

 Psychiatrie

 Psychologie

 Urologie

 Orthopädie

 Stoffwechselkrankheiten / Diabetes (Diabetologie)

 Lungenkrankheiten (Pneumologie)

 Hautkrankheiten (Dermatologie) / Allergologie

 Gynäkologie / Frauenheilkunde

 Alternativmedizin / Komplementärmedizin

 Andere: _____

109

In welchem Jahr haben Sie zuletzt eine Zahnarztpraxis besucht?

1. Zahnärztliche Untersuchung Jahr: Nie besucht
2. Dentalhygiene Jahr: Nie besucht

110

Welches war der Hauptgrund, dass Sie das letzte Mal Ihren Zahnarzt/Ihre Zahnärztin aufgesucht haben?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ich ging aus eigener Initiative zur Kontrolle
- Ich wurde vom Zahnarzt/von der Zahnärztin zur Kontrolle aufgeboten
- Neue Kunststofffüllung
- Neue Amalgamfüllung
- Füllung ersetzt
- Zahn ziehen lassen
- Krone / Brücke / Prothese / Implantat / inkl. Prothesen-Reparaturen
- Zahnfleischbeschwerden (Parodontitis)
- Zahnspange (Zahnstellungskorrektur)
- Zahnschmerzen
- Anderes

111

Wie viele Amalgamplomben (silbergraue Zahnfüllungen mit Amalgam) oder Kunststofffüllungen haben oder hatten Sie?

	Keine	1	2	3	4	≥5	Anzahl nicht bekannt
1. Amalgamplomben, aktuell	<input type="checkbox"/>						
2. Amalgamplomben, früher	<input type="checkbox"/>						
3. Kunststofffüllungen, aktuell	<input type="checkbox"/>						

112

Wie viele Male sind Sie in den letzten 12 Monaten im Spital oder in einer Spezialklinik gewesen (Kuraufenthalte und Geburten nicht mitgerechnet)? Zählen Sie alle Aufenthalte, bei denen Sie übernachtet haben. Eine Überweisung von einem Spital an ein anderes zählt nur als ein Aufenthalt. Eine Schätzung ist besser als keine Angabe. Falls Sie keinen Aufenthalt in den letzten 12 Monaten hatten, schreiben Sie bitte die Zahl 0 hin.

1. Anzahl Aufenthalte

--	--	--

2. Anzahl Spitalnächte insgesamt in den letzten 12 Monaten

--	--	--

113

Sind Sie in den letzten 12 Monaten in einer Notfallstation von einem Spital, in einem Spital-Ambulatorium, in einer Poliklinik, oder in einer Walk-In Klinik gewesen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Nein
- Ja
- Weiss nicht

114

Waren Sie in den letzten 12 Monaten zur ambulanten oder stationären Rehabilitation in einer Rehabilitationseinrichtung? Mehrfachantworten sind möglich.

- Ja, ambulant – Grund?
- Ja, stationär – Grund?
- Nein (bitte weiter zu Frage 117)

115

Wie lange hat die ambulante Rehabilitationsbehandlung gedauert?

--	--	--

 Tage ambulant

116

Wie lange hat die stationäre Rehabilitationsbehandlung gedauert?

--	--	--

 Tage stationär

117

Haben Sie in den letzten 12 Monaten nachfolgende Therapeuten/Therapeutinnen in Anspruch genommen?

1. Heilpraktiker Ja Nein

2. Krankengymnast/Physiotherapeut Ja Nein

3. Psychologe Ja Nein

4. Andere, wenn ja welche?

Medikamente und Therapien

118

Wie viele Medikamente wenden Sie zur Zeit regelmässig an?

D.h. mindestens 1-mal pro Woche seit mindestens einem Monat, inkl. Schmerz-, Beruhigungs-, Schlafmittel und therapeutische Salben

Bitte geben Sie die Anzahl der Medikamente (Tabletten, Sirup, Nasenspray, Augentropfen, Rektalzäpfchen, Spritzen, Salben usw.) an, die Sie regelmässig einnehmen (eine Schätzung ist besser als keine Angabe); wenn Sie NICHT regelmässig Medikamente einnehmen, dann geben Sie bitte die Zahl 0 ein.

Anzahl regelmässig verwendeter Medikamente

119

Bitte geben Sie die Namen aller Medikamente an, die Sie regelmässig anwenden (inkl. Schmerz-, Beruhigungs- und Schlafmittel, Pille oder andere hormonhaltige Kontrazeptiva) und wie oft Sie diese anwenden.

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort pro Zeile an.

Name des Medikamentes (Dosis)	Mehrmals täglich	Täglich	Mehrmals in der Woche	1-mal in der Woche
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

120

Wurde bei Ihnen jemals eine Chemotherapie und oder Strahlentherapie durchgeführt?*Mehrfachantworten sind möglich.*

- Nein
- Chemotherapie _____(Jahr)
- Strahlentherapie _____(Jahr)

Reproduktionsmedizin

121

Haben Sie LEIBLICHE Kinder?

- Nein (weiter zu Frage 123)
- Ja, Anzahl leibliche Kinder _____?

122

Bitte tragen Sie, soweit möglich, für jedes Ihrer leiblichen Kinder Geschlecht, Geburtsjahr und genaues oder ungefähres Geburtsgewicht in die folgende Tabelle ein. Ebenso, ob und wie lange das Kind gestillt wurde und ob Ihr Kind eine angeborene Fehlbildung hatte.

Kind	Geschlecht		Geburtsjahr	Geburtsgewicht	Stillen			Fehlbildung (z.B. Herzfehler, Kiefer-Gaumen Spalte....)
	m	w			Ja	Nein	Wieviele Monate*	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	----	_____g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	--	

*Falls das Kind weniger als einen Monat gestillt wurde, schreiben Sie « 0 » ; für 1 - 2 Monate schreiben Sie « 1 », usw.

123

Haben Sie, bzw. hat Ihre Partnerin, jemals eine Fehlgeburt oder eine Totgeburt gehabt?

- Nein
- Ja
- Falls ja: Wie oft? _____
- In welcher/n Schwangerschaftswoche/n? _____
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

124

Haben Sie jemals mindestens ein Jahr lang erfolglos versucht, ein Kind zu bekommen?

Nein

Ja

Falls ja: Wurde eine medizinische Diagnose gestellt?

Nein

Ja, Diagnose: Unfruchtbarkeit des Mannes: Welche _____

Unfruchtbarkeit der Frau: Welche _____

andere Ursache: _____

Ursache unbekannt

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

Frauengesundheit (Nur von Frauen auszufüllen)

125

Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste Monatsblutung hatten?

Jahre alt

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

126

Wann hatten Sie Ihre letzte Monatsblutung?

Vor weniger als 3 Monaten

Datum (Beginn): / /

Vor 3 bis 12 Monaten

Datum (Beginn): / /

Vor mehr als einem Jahr

Jahr

Ich weiss nicht

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

127

Wie waren Ihre letzten 3 Monatsblutungen?

- Regelmässig natürlich
- Regelmässig unter Hormonbehandlung (z.B. Pille oder andere)
- Unregelmässig
- Ich weiss nicht
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

128

Wie lange dauert Ihr Zyklus durchschnittlich?

Tage

- Meine Monatsblutung ist zu unregelmässig
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

129

Falls Sie seit 3 Monaten oder länger keine Monatsblutung hatten: Welches ist der Grund?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Ich bin in den Wechseljahren oder danach
- Ich bin schwanger
- Ich stille
- Ich bin Hochleistungssportlerin
- Ich bin in kontinuierlicher Hormonbehandlung
Welche: _____
- Mein Uterus wurde entfernt
- Meine beiden Eierstöcke wurden entfernt
- Aus anderem Grund
Welcher : _____
- Ich weiss nicht
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

130

Haben Sie jemals Hormonersatzpräparate aufgrund Ihrer Wechseljahre oder des Ausbleibens Ihrer Regelblutung eingenommen (z.B. zur Behandlung von Menopause-Symptomen wie Hitzewallungen)? Gemeint sind Östrogene, Gestagene oder Kombinationen in Form von Tabletten, Salben, Pflastern, Spritzen, Gel, Zäpfchen oder Tropfen. Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Nein
- Ja, in der Vergangenheit
- Ja
- Weiss nicht
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

131

Verwenden Sie zur Zeit eine hormonbasierte Verhütungsmethode?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche?

- Pille
- Hormonimplantat
- Hormonspirale
- Kupferspirale
- Scheidenring
- Andere hormonelle Behandlung

Produktname: _____

Seit wann? _____

-
- Ich möchte diese Frage nicht beantworten

Ihre Meinung ist gefragt

132

Falls Sie uns noch etwas mitteilen wollen, finden Sie hier Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

**Wir
danken
Ihnen
herzlich!**



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Lebensumfeld

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen aus.
Vielen Dank!

Die folgenden Fragen betreffen Ihre Umwelt und Ihren Lebensstil. Wenn nicht anders angegeben, beziehen sich die Fragen auf den Haushalt, in dem Sie einschliesslich Übernachtung die meiste Zeit verbringen.

1 **Wieviele Personen welchen Alters wohnen in Ihrem hauptsächlichen Haushalt (Sie selbst eingeschlossen)?**

0-5 Jahre Anzahl: _____
5-10 Jahre Anzahl: _____
10-18 Jahre Anzahl: _____
über 18 Jahre Anzahl: _____
Personen im Haushalt insgesamt: _____

2 **Wieviele Haustiere welcher Art leben in Ihrem hauptsächlichen Haushalt?**

Ich habe kein Haustier

Ich habe folgende Haustiere:

Hund Anzahl: _____
 Katze Anzahl: _____
 Kaninchen Anzahl: _____
 Nager Anzahl: _____

Andere Haustiere:

Art: _____ Anzahl: _____
Art: _____ Anzahl: _____
Art: _____ Anzahl: _____
Art: _____ Anzahl: _____

3

Wo befindet sich Ihre hauptsächliche Wohnung?

Mehrere Antworten möglich.

- Im Stadtzentrum
- Stadtnah/Vorort
- Im Industriegebiet
- Auf dem Land/im Dorf
- In Nachbarschaft zu bewirtschafteten landwirtschaftlichen Flächen,
Entfernung zum nächsten Feld/Weinberg in Metern:

--	--	--

- Andere _____
- Weiss nicht

4

Wie weit entfernt zu Ihrer hauptsächlichen Wohnung (Luftlinie) befindet sich die nächste stark befahrene Strasse?

- 0 –10m
- 10–50m
- 50–100m
- 100–500m
- mehr als 500m

5

Wie wohnen Sie in Ihrer hauptsächlichen Wohnung?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen und zugehörige Leerstellen ausfüllen.

Bitte geben Sie die Anzahl Zimmer ohne Küche und Bäder an.

- Mietwohnung Grösse (m²): _____ Anzahl Zimmer _____
- Eigentumswohnung Grösse (m²): _____ Anzahl Zimmer _____
- Miethaus Grösse (m²): _____ Anzahl Zimmer _____
- Eigenes Haus Grösse (m²): _____ Anzahl Zimmer _____
- Anderes: _____ Grösse (m²): _____ Anzahl Zimmer _____

6**In welchem Geschoss Ihrer hauptsächlichen Wohnung befinden sich Küche, Wohnzimmer und Schlafzimmer?**

	Unter- geschoss	Erdgeschoss/ (Hoch) Parterre	1. Stock	2. Stock	3. Stock	Höher	Welches Stockwerk?
1 Küche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 Wohnzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Schlafzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

7**Wann wurde das Haus erbaut, in dem Sie hauptsächlich wohnen?***Falls Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte.* Mein Wohnhaus ist Baujahr : _____

Schätzung:

 vor 1918 1918–1933 1934–1949 1950–1965 1966–1974 1975–1988 1989–1997 1998–2008 Nach 2008 Weiss nicht**8****Wohnen Sie in Ihrer hauptsächlichen Wohnung in einem Minergiehaus?** Ja Nein Weiss nicht

9

Bestehen der Keller oder ein Teil des Kellers in Ihrer hauptsächlichen Wohnung aus nicht betoniertem Naturboden?

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

10

Aus welchem Material besteht der Boden in Ihrem Wohnzimmer, Ihrem Schlafzimmer, und der Mehrzahl der anderen Räume in Ihrer Wohnung?

Bitte nur eine Antwort pro Spalte

	Wohnzimmer	Schlafzimmer	Andere Räume
1 Holz (Parkett, Planken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Laminat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Linoleum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Fliesen (z.B. Stein, Marmor, Terrazzo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Teppichboden: Synthetische Fasern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Teppichboden: Natürliche Fasern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Andere Materialien Welche?	_____	_____	_____
10 weiss nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Sie zusätzlich Teppiche ausgelegt?

11 zusätzliche Teppiche (d.h. Spielteppiche, Badematten, Läufer, etc., NICHT: Teppichboden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11

Haben Sie eines oder mehrere der folgenden Probleme in Ihrer hauptsächlichen Wohnung?

Bitte nur eine Antwort pro Zeile.

	Ja	Nein	Weiss nicht
1 Schimmel oder Stockflecken auf Wänden oder anderen Oberflächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Wasserschaden am Haus (z.B. kaputte Rohre, leckendes Dach, Wasser im Keller...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Muffiger oder schimmlicher Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Wasserschaden in der Wohnung (z.B. abblätternde Farbe an Wänden oder Fensterbrettern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Radon (Konzentration oberhalb von 300 Bq/m ³)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12

Wie viele Stunden pro Tag halten Sie sich im Durchschnitt draussen auf?

- In warmen (Mai–September) und kalten Monaten (Oktober–April)
- Unter der Woche und am Wochenende?

Bitte für jede Frage nur eine Antwort ankreuzen.

Stunden pro Tag draussen:	Selten / nie	0–1h	1–2h	2–3h	3–4h	mehr als 4h
1 In warmen Monaten unter der Woche (Mo–Fr)?	<input type="checkbox"/>					
2 In warmen Monate am Wochenende (Sa–So)?	<input type="checkbox"/>					
3 In kalten Monate unter der Woche (Mo–Fr)?	<input type="checkbox"/>					
4 In kalten Monate am Wochenende (Sa–So)?	<input type="checkbox"/>					

13

Sind oder waren Sie in Ihrer näheren Wohnumgebung regelmässig Staub oder Rauch ausgesetzt (ausserhalb der Wohnung)?

Falls „Ja“, geben Sie bitte zusätzlich die Anzahl Jahre an, die Sie dem Staub oder Rauch ausgesetzt waren.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort alle Wohnungen, die Sie bewohnen.

Bitte nur eine Antwort ankreuzen

Nein	Ja, gegenwärtig (innerhalb der letzten 3 Jahre)	Ja, aber das liegt länger als 3 Jahre zurück	Anzahl Jahre der Exposition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

14

Wie oft kochen Sie in der Regel selbst?

- selten/nie(1-mal im Monat oder weniger) → **weiter zu Frage 18**
- 2- bis 4-mal pro Monat
- 2- bis 4-mal pro Woche
- mindestens 5-mal pro Woche

15

Was für einen Herd benutzen Sie normalerweise zum Kochen?

Mehrere Antworten möglich

- Elektrisch, Ceranfeld
- Induktion
- Gas
- Pyrolyse-Backofen
- Holz, Kohle oder Koks
- Sonstiges: _____

16

**Falls Sie einen Abzug über dem Herd haben:
Wie oft wird dieser während des Kochens eingeschaltet?**

- Ich habe keinen Abzug über dem Herd
- Immer eingeschaltet
- Meistens eingeschaltet (50–100% der Fälle)
- Manchmal eingeschaltet (20–100% der Fälle)
- Selten eingeschaltet (0–20% der Fälle)
- Nie eingeschaltet

17

Wie oft ist eine Türe oder ein Fenster nach draussen geöffnet, während gekocht wird?

- Immer
- Meistens (50–100% der Fälle)
- Manchmal (20–50% der Fälle)
- Selten (0–20% der Fälle)
- Nie

18

**Wie oft benutzen Sie ein offenes Cheminée (Schwedenofen ausgenommen)?
Unterscheiden Sie bitte warme und kalte Jahreszeiten.**

Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen.

		Nie / Ich habe kein offenes Cheminée	An weniger als 1 Tag pro Woche	An 1–3 Tagen pro Woche	An 4–7 Tagen pro Woche
1	Warme Jahreszeit (Mai–September)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Kalte Jahreszeit (Oktober–April)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19

Wie oft brennen Kerzen (ohne Duftkerzen) bei Ihnen zu Hause?**Unterscheiden Sie warme und kalte Jahreszeiten.***Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen.*

	Nie	Seltener als einmal im Monat	1–3-mal im Monat	1–3 Tage pro Woche	4–7 Tage pro Woche
1 Warme Jahreszeit (Mai–September)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kalte Jahreszeit (Oktober–April)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20

Wie oft verwenden Sie bei Ihnen zu Hause Duftkerzen oder Räucherstäbchen?**Denken Sie an die Zeiten intensiverer Nutzung.***Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen.*

	Nie	Seltener als einmal im Monat	1–3-mal im Monat	1–3 Tage pro Woche	4–7 Tage pro Woche
1 Duftkerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Räucherstäbchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21

Schlafen Sie gewöhnlich mit offenem Fenster?**Unterscheiden Sie bitte warme und kalte Jahreszeiten.***Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen*

	Nie	Weiniger als 1mal pro Woche	1-2 mal pro Woche	2 à 5 mal pro Woche	Immer
1 Warme Jahreszeit (Mai–September)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kalte Jahreszeit (Oktober–April)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22

Wie stark stört Sie der Verkehrslärm zu Hause, wenn Sie das Fenster geöffnet haben?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Es gibt keinen Lärm	Der Lärm stört mich kein bisschen					Der Lärm stört mich extrem / ist unerträglich
	1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23

Wie lärmempfindlich sind Sie?
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Ich bin gar nicht lärmempfindlich						Ich bin sehr lärmempfindlich
1	2	3	4	5	6	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24

Wie oft benutzen Sie persönlich folgende Haushalts- und Heimwerkerprodukte?
Bitte für jede Produktkategorie nur eine Antwort ankreuzen.

	Nie	Seltener als 1-mal pro Monat	1–3-mal pro Monat	1–3-mal pro Woche	4–7-mal pro Woche	Mehr als 1-mal pro Tag
1 Reinigungssprays (z.B. für Badezimmer oder Glasreinigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Air Freshener, Raumparfümierer (Spray, Verdampfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Insektizide (Sprays, Verdampfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Schimmelmittel (Sprays, Verdampfer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 WC-Reiniger (flüssig, Pulver, ohne Allzweckreiniger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Klebemittel flüssig (keine Klebestifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25

Wie oft benutzen Sie folgende Körperpflegeprodukte?*Bitte für jede Produktkategorie nur eine Antwort ankreuzen.*

	Nie	Weniger als 1-mal pro Monat	1-3 mal pro Monat	1–3-mal pro Woche	4–7-mal pro Woche	Mehr als 1-mal pro Tag
1 Deodorant Spray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Deodorant Roll-on, Crème, etc. (KEIN Spray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Körperlotion (Bodylotion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Handcreme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Parfüm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Haarspray (KEINE anderen Haarpflegeprodukte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Zahnpasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26

Könnten Sie uns bitte zu den in Frage 25 genannten Körperpflegeprodukten das Produkt angeben, das Sie jeweils am häufigsten benutzen?*Bitte geben Sie möglichst vollständig den Namen und die Marke an,
z.B. Deodorant Roll-on: Nivea Roll-on dry comfort.*

Produktname und Produktmarke

- | | |
|---------------------------|-------|
| 1 Deodorant Spray | _____ |
| 2 Deodorant Roll-on, etc. | _____ |
| 3 Körperlotion | _____ |
| 4 Handcreme | _____ |
| 5 Parfüm | _____ |
| 6 Haarspray | _____ |
| 7 Zahnpasta | _____ |

Wie oft benutzen Sie ein Deodorant, das Aluminiumsalze enthält?

- Häufig (mehr als 5-mal pro Woche)
- Hin und wieder (1–5-mal pro Woche)
- Nie oder selten (weniger als 1-mal pro Woche)
- weiss nicht

Haben Sie schon einmal mindestens ein Jahr lang geraucht?

Die Antwort „Ja“ heisst: mindestens eine Zigarette/E-Zigarette pro Tag oder ein/e Zigarre/Zigarillo/Pfeife/Shisha pro Woche.

Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen. Falls Sie rauchen bzw. geraucht haben, geben Sie bitte das Alter an, mit dem Sie angefangen bzw. aufgehört haben zu rauchen.

	Nein, nie geraucht	Ja, ich rauche bis heute	Ja, ich habe früher geraucht	Falls Sie je geraucht haben: Ich habe angefangen im Alter von	Falls Sie aufgehört haben zu rauchen: Ich habe aufgehört im Alter von
1 Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2 Zigarren/ Zigarillos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3 Pfeife	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4 E-Zigarette (Flüssigkeits-basiert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5 Heat not burn Produkte (Tabak-basiert, z.B. IQOS, Ploom, Glo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
6 Shisha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andere Tabakprodukte (z.B. Schnupftabak, Kautabak)					
7 Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

29

**Falls Sie gegenwärtig rauchen oder früher geraucht haben:
Wieviel der folgenden Tabakprodukte rauchen oder rauchten Sie durchschnittlich ?**
Bitte geben Sie entweder die Anzahl pro Tag oder pro Woche an.

	Anzahl pro Tag		Anzahl pro Woche
1 Zigaretten	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Zigarren/Zigarillos	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Pfeife	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4 E-Zigarette (Flüssigkeits-basiert)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5 Heat not burn Produkte (Tabak-basiert, z.B. IQOS, Ploom, Glo)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6 Shisha	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7 Andere Tabakprodukte (z.B. Schnupftabak, Kautabak)			
Welche?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	oder	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

30

Sind Sie in den letzten 12 Monaten regelmässig Tabakrauch ausgesetzt gewesen?
Regelmässig heisst: an den meisten Tagen oder Nächten.
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Nein

Ja

Falls ja: Wo sind Sie dem Tabakrauch ausgesetzt gewesen (zu Hause, Arbeit)?

31

Während wievieler Jahre insgesamt waren Sie regelmässig dem Tabakrauch von anderen Leuten ausgesetzt?

Bitte berücksichtigen Sie auch ihre Kindheit.

Jahre

32

Haben Ihre Eltern vor Ihrer Zeugung oder während der Schwangerschaft Tabak geraucht?

Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen.

		Ja	Nein	Weiss nicht
1	Meine Mutter hat vor meiner Zeugung regelmässig Tabak geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Meine Mutter war vor meiner Zeugung regelmässig Tabakrauch ausgesetzt (Passivrauchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Meine Mutter hat während der Schwangerschaft regelmässig Tabak geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Meine Mutter war während der Schwangerschaft regelmässig Tabakrauch ausgesetzt (Passivrauchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Mein Vater hat vor meiner Zeugung regelmässig Tabak geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33**Haben Sie in Ihrem Leben schon einmal Drogen (z.B. Haschisch, Kokain oder andere) konsumiert oder konsumieren Sie diese regelmässig?**

	Nie	Einmalig	Selten	Monatlich	Wöchentlich	Täglich
1 Cannabis	<input type="checkbox"/>					
2 Ecstasy	<input type="checkbox"/>					
3 Kokain	<input type="checkbox"/>					
4 Heroin	<input type="checkbox"/>					
5 Speed	<input type="checkbox"/>					
6 LSD	<input type="checkbox"/>					
7 Andere, welche?						
_____	<input type="checkbox"/>					
_____	<input type="checkbox"/>					

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

34a

Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?

Bitte jeweils nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen.

		Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?							Wie häufig essen Sie diese Produkte als Bio-Produkte ?					
		Selten / Nie	1-mal im Monat	Alle 2 Wochen	1-2-mal pro Woche	3-6-mal pro Woche	1-mal am Tag	2-3-mal am Tag	4-mal am Tag und mehr	<10%	10-50%	50-90%	>90%	Ich weiss nicht
1	Tierische Milch (auch in Kaffee, Tee, Müsli, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tierische Milchprodukte (Joghurt, Quark, Frischkäse, Trinkjoghurt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Käse (Hartkäse, Weichkäse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Eier (Frühstücksei, Omelett etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Fleisch (Rind, Schwein, Kalb, Wild etc., aber KEIN Geflügel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Verarbeitetes Fleisch (Würste, Aufschnitt, Trockenfleisch, Fertighamburger etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Tofu, Quorn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Fisch, Meeresfrüchte, Fischprodukte (Fischstäbchen etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Getreideprodukte (Pasta, Reis, Brot, etc)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

34b

Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?*Bitte jeweils nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen.*

		Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?							Wie häufig essen Sie diese Produkte als Bio-Produkte ?					
		Selten / Nie	1-mal im Monat	Alle 2 Wochen	1–2-mal pro Woche	3–6-mal pro Woche	1-mal am Tag	2–3-mal am Tag	4-mal am Tag und mehr	<10%	10-50%	50-90%	>90%	Ich weiss nicht
11	Frühstücksflocken (Müesli, Haferflocken, Corn Flakes, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Vollkornreis, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kartoffeln, Kartoffelgerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Hülsenfrüchte (Linsen, Kichererbsen, Erbsen, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Früchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Gekochtes Gemüse (ausser Hülsenfrüchte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Rohes Gemüse, Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Nüsse und Saaten ungesalzen (z.B. Baumnüsse, Haselnüsse, Erdnüsse, Sesam, Leinsamen, Sonnenblumenkerne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34c

Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?*Bitte jeweils nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen*

		Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?							Wie häufig essen Sie diese Produkte als Bio-Produkte ?					
		Selten / Nie	1-mal im Monat	Alle 2 Wochen	1-2-mal pro Woche	3-6 mal pro Woche	1-mal am Tag	2-3 mal am Tag	4 mal am Tag und mehr	<10%	10-50%	50-90%	>90%	Ich weiss nicht
19	Süssigkeiten und Desserts (z.B. Schokolade, Kekse, Glace, Kuchen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Salzige Knabbereien (z.B. Chips, Salzstängeli, Blätterteiggebäck, gesalzene Nüsse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35**Welche Sorte Fisch (auch Dosenfisch) oder Meeresfrüchte essen Sie am häufigsten?***Bitte höchstens zwei Antworten ankreuzen.* Thunfisch Lachs Pangasius Tilapia Forelle Shrimp/Garnele Fischstäbchen Andere, welche? _____ Weiss nicht**36****Fügen Sie am Tisch, zum Zeitpunkt des Essens, Ihren Speisen Salz zu?***Bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen.*

	Wenn Sie zu Hause essen	Wenn Sie ausser Haus essen
Nein, nie (0 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, gelegentlich (1–5 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, meistens (6–9 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, immer (10 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37

Welche Fette/Öle verwenden Sie zu Hause vor allem zum Kochen ?

Bitte höchstens 4 Antworten ankreuzen.

- Olivenöl
- Sonnenblumenöl
- Rapsöl
- Baumnussöl (Walnussöl)
- Frittier-, Bratöl
- Butter
- Margarine
- Vollrahm
- Halbrahm
- Andere, welche? _____
- Ich weiss nicht

38

Wie oft essen Sie normalerweise ausser Haus?

Im Restaurant, in der Kantine, Mensa, Cafeteria, Kebab-Stand, etc.

- mehr als 7 Mahlzeiten pro Woche
- 5–7 Mahlzeiten pro Woche
- 2–4 Mahlzeiten pro Woche
- 1 Mahlzeit pro Woche
- 1–2 Mahlzeiten pro Monat
- weniger als eine Mahlzeit pro Monat
- nie

39

Wenn Sie ausser Haus essen: Wie oft ungefähr essen Sie dann Ihres Wissens nach Mahlzeiten, die ausschliesslich aus Bio-Produkten hergestellt werden?

- weniger als 10% der Mahlzeiten
- 10–50% der Mahlzeiten
- 50–90% der Mahlzeiten
- mehr als 90% der Mahlzeiten

40

Wie oft essen Sie warme Mahlzeiten aus Wegverpackungen?

Z.B. von McDonalds, Migros Take-Away, Kebab-Stand, Supermarkt, etc.

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- mehr als 7 Mahlzeiten pro Woche
- 5–7 Mahlzeiten pro Woche
- 2–4 Mahlzeiten pro Woche
- 1 Mahlzeit pro Woche
- 1–2 Mahlzeiten pro Monat
- weniger als eine Mahlzeit pro Monat
- nie

41

Wie ernähren Sie sich? Aus welchen Gründen?

Bitte für jede nummerierte Teilfrage nur eine Antwort ankreuzen.

1

- Omnivor (gemischte Ernährung, tierische und pflanzliche Produkte)
- Pesco-vegetarisch (kein Fleisch/Geflügel)
- Ovo-lacto-vegetarisch (kein Fleisch/Geflügel, kein Fisch/Meeresfrüchte)
- Vegan (keine tierischen Produkte)

Seit wann ?
(in Monaten;

falls Sie sich schon länger als 9 Jahre so ernähren: 99)

--	--

2

- keine spezielle Diät
- Lactosefrei
- Glutenfrei
- Ketogen (Kohlenhydratarm)
- Andere, welche? _____

--	--

3

Gibt es einen bestimmten Grund für Ihre Art der Ernährung?

- Gewichtsreduktion
- Diabetes
- Reduktion der Cholesterin- und Fettaufnahme
- Andere, welche? _____
- Nein

42

Nehmen Sie Vitamine, Spurenelemente oder andere ergänzende Mikronährstoffe zu sich? Mehrfachantworten sind möglich. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Täglich	Wöchentlich	Von Arzt verschrieben	Keine
1 Vitamine, welche ? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Mineralstoffe, welche? _____ (z.B. Magnesium, Calcium, Eisen, Zink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Kombipräparate (Mineralstoffe und Vitamine), welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Andere, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43

Nehmen Sie sonstige Nahrungsergänzungsmittel zu sich? Mehrfachantworten sind möglich. Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	täglich	wöchentlich	Vom Arzt verschrieben	Keine
1 Eiweiss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Kohlenhydrat-Präparate (z.B. Isotonische Getränke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Nahrungsergänzung zum Sport, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Andere, welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wieviel der jeweiligen Getränke trinken Sie im Allgemeinen pro Tag? 1 Glas entspricht 0.2 L
Bitte nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen.

		mehr als 3 Liter pro Tag	2–3 Liter pro Tag	1–2 Liter pro Tag	0.5–1 Liter pro Tag	2–3 Gläser pro Tag	1 Glas pro Tag	1–6 Gläser pro Woche	Weniger als 1 Glas pro Woche
1	Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Mineralwasser (abgepackt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Fruchtsäfte (100% Saft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Fruchtnektar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	ungezuckerte Getränke (z.B. Kaffee, schwarzer/grüner Tee Kräutertee, Früchtetee, aromatisiertes Wasser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	gezuckerte Getränke (z.B. gezuckerter Kaffee oder Tee, Cola, Limonade, Eistee, Sirup, abgepackte Schoko-, Kaffee- und Teegetränke, Energydrinks (OHNE Süsstoff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Getränke MIT Süsstoff (z.B. Diäteistee, Rivella blau, Cola light, Cola zero, Diät-Energydrinks)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	alkoholische Getränke (z.B. Bier, Wein, Spirituosen, Liköre, Alkopops)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Koffein- oder Teeinhaltige Getränke (einschliesslich der bereits in f–h genannten: z.B. Kaffee, schwarzer/grüner Tee, Energy-drinks, Cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45

**Mineralwasser von welcher Marke trinken Sie am meisten? Geben Sie bitte auch an, welche Art Mineralwasser Sie trinken:
Mit viel Sprudel, mit wenig Sprudel oder ohne Sprudel (stilles Wasser).**

Ich trinke kein abgepacktes Mineralwasser

46

Denken Sie an einen typischen Tag, an dem Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen: Wieviele trinken Sie an diesem Tag?

*EIN alkoholisches Getränk bemisst sich nach folgenden Standardmengen: 3 dl Bier (5 Vol.%), 1 dl Wein oder Sekt (12,5 Vol.%), 2 cl Schnaps (55 Vol.%), 4 cl Likör (30 Vol.%).
Bitte nur eine Antwort ankreuzen.*

- nie/ weniger als 1 pro Tag
- 1 oder 2
- 3 oder 4
- 5 oder 6
- 7-9
- 10 oder mehr

47

Falls Sie uns noch etwas mitteilen wollen, finden Sie hier Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.



**Wir
danken
Ihnen
herzlich!**



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Lebensqualität

Bitte lesen Sie jede Frage, und überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben.

Kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.

- | | Sehr schlecht | Schlecht | Mittelmäßig | Gut | Sehr gut |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen? | <input type="checkbox"/> |

Kreuzen Sie die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.

- | | Sehr unzufrieden | Unzufrieden | Weder zufrieden noch unzufrieden | Zufrieden | Sehr zufrieden |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, wie stark Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben.

Bitte für jede Frage jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Überhaupt nicht | Ein wenig | Mittel | Sehr | Vollständig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 Werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun? | <input type="checkbox"/> |
| 4 Sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? | <input type="checkbox"/> |
| 5 Geniessen Sie Ihr Leben ? | <input type="checkbox"/> |
| 6 Geben Ihre persönlichen Überzeugungen Ihrem Leben einen Sinn? | <input type="checkbox"/> |

Bitte für jede Frage jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Überhaupt
nicht | Ein
wenig | Einigermassen | Ziemlich | Äusserst |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 Wie gut können Sie sich konzentrieren? | <input type="checkbox"/> |
| 8 Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben? | <input type="checkbox"/> |
| 9 Wie gesund ist Ihre Lebensumgebung (z.B. Umweltverschmutzung, Lärm)? | <input type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, im welchem Umfang Sie während der vergangenen zwei Wochen bestimmte Dinge erlebt haben oder in der Lage waren, bestimmte Dinge zu tun.

Bitte für jede Frage jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Überhaupt
nicht | Eher
nicht | Einigermassen | Überwiegend | Völlig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10 Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben? | <input type="checkbox"/> |
| 11 Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren? | <input type="checkbox"/> |
| 12 Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können? | <input type="checkbox"/> |
| 13 Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen? | <input type="checkbox"/> |
| 14 In welchem Mass können Sie Freizeitaktivitäten pflegen? | <input type="checkbox"/> |

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Sehr
schlecht | Schlecht | Einigermassen | Gut | Sehr gut |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15 Wie gut können Sie sich selbst fortbewegen? | <input type="checkbox"/> |

In den folgenden Fragen geht es darum, wie zufrieden, glücklich oder gut Sie sich während der vergangenen zwei Wochen hinsichtlich verschiedener Aspekte Ihres Lebens gefühlt haben.

Bitte für jede Frage jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
16	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
19	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte für jede Frage jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
20	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Überhaupt nicht | Etwas | Einigermassen | Meistens | Immer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 24 Können Sie problemlos nötige Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen? | <input type="checkbox"/> |



Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Sehr unzufrieden | Unzufrieden | Weder zufrieden noch unzufrieden | Zufrieden | Sehr zufrieden |
|---|--------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 25 Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

In der folgenden Frage geht es darum, wie oft Sie während der vergangenen zwei Wochen negative Gefühle hatten, wie z.B. Angst, Traurigkeit oder Verzweiflung.



Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- | | Nie | Manchmal | Häufig | Sehr häufig | Immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 26 Wie oft haben Sie negative Gefühle wie z.B. Traurigkeit, Angst, Verzweiflung oder Depression? | <input type="checkbox"/> |



Falls Sie uns noch etwas mitteilen wollen, finden Sie hier Platz für Anregungen, Wünsche, Kommentare oder Kritik.

27





Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

Covid-19

Covid-19

1

Sind oder waren Sie an Covid-19 erkrankt? Falls ja, wann (Beginn)?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Ja, die Krankheit wurde von einem Arzt bestätigt

Datum: __/__/____

Ja, ohne Bestätigung durch einen Arzt

Datum: __/__/____

Nein

Ich weiß es nicht

2

Wurden Sie auf SARS-CoV2 getestet?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

Ja

Nein

Falls Sie getestet wurden, wie waren die Testergebnisse und Umstände der Tests?

Bitte antworten Sie so genau wie möglich.

Datum des Tests	Grund des Tests <i>mehrere Antworten möglich</i>	Testergebnis	Art des Testes <i>falls bekannt</i>
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> Ich hatte Symptome <input type="checkbox"/> Ich hatte Kontakt mit einer infizierten Person <input type="checkbox"/> Ich habe an einer wissenschaftlichen Studie teilgenommen <input type="checkbox"/> Ich bin medizinisches Personal, Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Anderer Grund	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Virus (PCR), nach Abstrich <input type="checkbox"/> serologische Untersuchung, nach Blutentnahme
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> Ich hatte Symptome <input type="checkbox"/> Ich hatte Kontakt mit einer infizierten Person <input type="checkbox"/> Ich habe an einer wissenschaftlichen Studie teilgenommen <input type="checkbox"/> Ich bin medizinisches Personal, Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Anderer Grund	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Virus (PCR), nach Abstrich <input type="checkbox"/> serologische Untersuchung, nach Blutentnahme
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> Ich hatte Symptome <input type="checkbox"/> Ich hatte Kontakt mit einer infizierten Person <input type="checkbox"/> Ich habe an einer wissenschaftlichen Studie teilgenommen <input type="checkbox"/> Ich bin medizinisches Personal, Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Anderer Grund	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Virus (PCR), nach Abstrich <input type="checkbox"/> serologische Untersuchung, nach Blutentnahme
__ . __ . 2020	<input type="checkbox"/> Ich hatte Symptome <input type="checkbox"/> Ich hatte Kontakt mit einer infizierten Person <input type="checkbox"/> Ich habe an einer wissenschaftlichen Studie teilgenommen <input type="checkbox"/> Ich bin medizinisches Personal, Pflegepersonal <input type="checkbox"/> Anderer Grund	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbestimmt	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Virus (PCR), nach Abstrich <input type="checkbox"/> serologische Untersuchung, nach Blutentnahme

4

Wenn Sie Covid-19 hatten, was waren die Symptome?*Bitte geben Sie an, welche. Mehrere Antworten möglich*

- Ich hatte keine Symptome
- Ich hatte Symptome *Falls angekreuzt, bitte Tabelle unten ausfüllen*
- Ich erinnere mich nicht mehr

Symptom/ Komplikation	Ja	Nein
Fieber ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) oder Fiebergefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemschwierigkeiten, Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung (durch Bild bestätigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARDS (Akutes Atemnotsyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfall und/oder Übelkeit, Erbrechen, Magenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit, Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glieder- und Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstopfte Nase, laufende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (<i>Bitte geben Sie an, welche</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5

Falls Sie Covid-19 haben (hatten), welche Behandlungen werden (wurden) durchgeführt? Bitte geben Sie an, welche. Mehrere Antworten möglich

- Keine
- Ich habe mich selbst behandelt
- Ich habe von einem Arzt verschriebene Medikamente eingenommen

Bitte geben Sie an, welche:

- Ich war im Krankenhaus

Falls angekreuzt, bitte folgende Fragen beantworten

Wie viele Tage waren Sie im Krankenhaus?	—	—
Ich wurde mit einer Beatmungshilfe (nicht-invasiv) beatmet (Brille, Maske)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich war auf der Intensivstation	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich wurde intubiert, bzw. erhielt einen Luftröhrenschnitt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Behandlungsmassnahmen (Bitte geben Sie an, welche)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

6

Wie/wo haben Sie sich Ihrer Meinung nach angesteckt (gemäss Fachperson oder persönlichem Urteil)? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.

- Familienkontakte im gleichen Haushalt
- Kontakt in der Familie, aber nicht im gleichen Haushalt
- Kontakt mit Freunden
- Kontakt mit unbekanntem Personen (Supermarkt etc.)
- Schule/Kindergarten/Kinderkrippe
- Als Mitglied des medizinischen- oder Pflegepersonals
- Bei der Arbeit, außer medizinischem Personal
- Im öffentlichen Verkehr
- Auslandsreise
- Andere Kontakte, *bitte angeben* _____
- Ich weiß es nicht

Sind Sie gegen eine der folgenden Krankheiten geimpft worden? Bitte füllen Sie das folgende Raster aus, fügen Ihrer Rückantwort Kopien Ihres Impfbuchs bei oder bringen das Impfbuch zum Studienbesuch mit.

a. Grippe	<input type="checkbox"/> Ja, jedes Jahr (bzw. fast jedes Jahr)
	<input type="checkbox"/> Unregelmässig, aber diesen Winter
	<input type="checkbox"/> Unregelmässig, NICHT diesen Winter
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
b. Tuberkulose	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
c. Masern, Mumps, Röteln	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
d. Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
e. Frühsommer- Meningoenzephalitis (FSME)	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
f. Papillomavirus	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
g. Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
h. Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
i. Gelbfieber	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
j. Thyphus	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
k. Tollwut	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
l. Pneumokokken	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht

m. Meningokokken	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
n. Kinderlähmung (Polio)	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
o. Windpocken	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
p. Zoster	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht
q. Neues Coronavirus (SARS-CoV-2) (falls vorhanden)	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Ich weiß nicht

8

Auf welche Weise werden/wurden Ihre Gewohnheiten durch den Corona-bedingten Lock-down verändert? Bitte nur ein Kästchen pro Zeile ankreuzen.

Bereich	Keine Veränderung	Schlechter	Besser
Allgemeiner Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bereich	Keine Veränderung	Weniger	Mehr
Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung medizinischer Dienstleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthalt an der frischen Luft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzehr von Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anteil selbst gekochter Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzehr lokal produzierter Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzehr von Bio-Lebensmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drogenkonsum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwendung kosmetischer Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere <i>Bitte angeben</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere <i>Bitte angeben</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere <i>Bitte angeben</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Wir
danken
Ihnen
herzlich!**



Für mich. Für alle. Schweizer Gesundheitsstudie

Kontakt: Wer informiert Sie?

Bei allen Fragen, Unklarheiten oder Notfällen, die während des Projekts oder danach auftreten, können Sie sich jederzeit an die folgende Stelle wenden:

Regula Jaeggi

Universität Bern, CTU (Clinical Trials Unit)

SITEM

Freiburgstrasse 3, 3010 Bern

E-Mail: bern@schweizer-gesundheitsstudie.ch

Telefon: +41 31 632 44 12