



Fragebogen für nicht antwortende Personen (NR)

Ⓟ bezeichnet die wichtigsten Fragen

1	Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben? <i>Bitte nur eine Antwort ankreuzen.</i>
<input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Mittelmässig <input type="checkbox"/> Schlecht <input type="checkbox"/> Sehr schlecht	

2	Leiden Sie aktuell an einer oder mehreren Krankheiten oder haben Sie gesundheitliche Einschränkungen? <i>(Offene Frage, listet nicht alle Antwortmöglichkeiten auf)</i>
<input type="checkbox"/> Nein, ich leide an keiner Krankheit <input type="checkbox"/> Ja → Welche Krankheit/en oder Einschränkung/en haben Sie? <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Muskuloskelettale Erkrankung/en<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung/en<input type="checkbox"/> Hautkrankheit/en<input type="checkbox"/> Allergische und Verwandte Erkrankung/en<input type="checkbox"/> Infektionskrankheit/en<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankung/en<input type="checkbox"/> Krebserkrankung/en<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankung/en<input type="checkbox"/> Magen- / Darm- / Leber- und Nierenerkrankung/en<input type="checkbox"/> Neurologische und psychische Erkrankung/en<input type="checkbox"/> Frauenkrankheit/en<input type="checkbox"/> Augenkrankheit/en<input type="checkbox"/> Ohrenkrankheit/en<input type="checkbox"/> Andere / seltene Krankheit/en _____	

3	Rauchen Sie zur Zeit (d.h. im letzten Monat)? Beispiele: Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife, E-Zigarette, Shisha...																
<input type="checkbox"/> Nein, ich bin Nichtraucher <input type="checkbox"/> Ja → Was und wie viele davon rauchen Sie? <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td><input type="checkbox"/> Zigaretten</td><td>Anzahl pro Tag: _____</td><td>ODER</td><td><input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Zigarren/Zigarillos</td><td>Anzahl pro Tag: _____</td><td>ODER</td><td><input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Pfeife</td><td>Anzahl pro Tag: _____</td><td>ODER</td><td><input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> E-zigaretten</td><td>Anzahl pro Tag: _____</td><td>ODER</td><td><input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Zigaretten	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag	<input type="checkbox"/> Zigarren/Zigarillos	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag	<input type="checkbox"/> Pfeife	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag	<input type="checkbox"/> E-zigaretten	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag
<input type="checkbox"/> Zigaretten	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag														
<input type="checkbox"/> Zigarren/Zigarillos	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag														
<input type="checkbox"/> Pfeife	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag														
<input type="checkbox"/> E-zigaretten	Anzahl pro Tag: _____	ODER	<input type="checkbox"/> Weniger als 1 pro Tag														

4	Welches ist Ihr Beruf?
<input type="checkbox"/> Aktueller Beruf: _____ <input type="checkbox"/> Gelernter Beruf: _____	

5	Wie lässt sich Ihre berufliche Tätigkeit genauer beschreiben?
<p style="text-align: center;">Kader und freie Berufe</p> <input type="checkbox"/> Mittlere und höhere Kader, Lehrberufe <input type="checkbox"/> Schriftsteller, Künstler, animateure, Sportler <input type="checkbox"/> Andere freie Berufe <input type="checkbox"/> Akademische Berufe	
<p style="text-align: center;">Techniker, Verkaufsberufe, Verwaltungsberufe</p> <input type="checkbox"/> Techniker <input type="checkbox"/> Verkaufsberufe <input type="checkbox"/> Verwaltungsberufe und Büroangestellte	
<p style="text-align: center;">Serviceberufe</p> <input type="checkbox"/> Hausangestellte <input type="checkbox"/> Öffentliche Sicherheit <input type="checkbox"/> Andere Serviceberufe	
<p style="text-align: center;">Landwirtschaftliche -, Forstwirtschaftliche - oder Fischereiberufe</p> <input type="checkbox"/> Landwirtschaftlicher Arbeiter und Kader <input type="checkbox"/> Andere Landwirtschaftliche -, Forstwirtschaftliche - oder Fischereiberufe	
<p style="text-align: center;">Handwerker</p> <input type="checkbox"/> Mechaniker, Installateure, Bergleute, Präzisionsarbeiter, andere Handwerksberufe	
<p style="text-align: center;">Arbeiter (qualifiziert, spezialisiert, Hilfskräfte)</p> <input type="checkbox"/> Qualifizierte Maschinenarbeiter und Inspektoren <input type="checkbox"/> Frachtführer, Fahrer <input type="checkbox"/> Reinigungsarbeiter, Hilfsarbeiter, Hilfskräfte, Lagerarbeiter	
<p style="text-align: center;">Andere</p> <input type="checkbox"/> Militär <input type="checkbox"/> Unbekannt / keine Antwort	

6	Wie lässt sich die derzeitige Arbeitssituation von Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin am besten beschreiben? Falls Sie keine/n Partner/in haben, bitte Spalte (Ehe-)Partner/in leer lassen. <i>Mehrfachantworten möglich.</i>		
	Derzeitige Arbeitssituation	Ich selbst	(Ehe-)Partn er/in
	Vollzeit erwerbstätig (80% oder mehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vollzeit Hausfrau/Hausmann (80% oder mehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Teilzeit erwerbstätig (weniger als 80%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stundenweise oder unregelmässig erwerbstätig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Noch nie gearbeitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	In Ausbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Längere Absenz : mehr als 3 Monate (Urlaub, Mutterschaftsurlaub etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nicht erwerbstätig, aus Gesundheitsgründen (inklusive IV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pensioniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pensioniert mit Arbeitstätigkeit (inklusive Freiwilligenarbeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ehrenamtliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich möchte diese Frage nicht beantworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7[Ⓟ]	Welchen höchsten Bildungsabschluss haben Sie? <i>Bitte nur ein Feld ankreuzen.</i>
<input type="checkbox"/>	Primarschule
<input type="checkbox"/>	Sekundarschule
<input type="checkbox"/>	Gymnasium
<input type="checkbox"/>	Berufslehre / Berufsmaturität
<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss: Bachelor
<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss: Master/Diplom
<input type="checkbox"/>	Hochschulabschluss: Doktorat/ PhD
<input type="checkbox"/>	Anderer _____

8	Welche Sprache wird bei Ihnen Zuhause gesprochen? <i>Mehrfachantworten sind möglich.</i>
<input type="checkbox"/>	Schweizerdeutsch
<input type="checkbox"/>	Deutsch
<input type="checkbox"/>	Französisch
<input type="checkbox"/>	Italienisch
<input type="checkbox"/>	Andere _____

9	Welches ist Ihre Nationalität?
<input type="checkbox"/>	Schweizer/in
<input type="checkbox"/>	Doppelbürger/in (Schweizer/in oder ausländische Nationalität/en, nämlich _____)
<input type="checkbox"/>	Ausländische Nationalität, nämlich _____

10	Wie stehen Sie der medizinischen Forschung generell gegenüber?
<input type="checkbox"/>	Ich bin eher dafür
<input type="checkbox"/>	Ich weiss nicht viel darüber, bin aber interessiert
<input type="checkbox"/>	Ich weiss nicht viel darüber und möchte nichts darüber wissen
<input type="checkbox"/>	Ich bin eher dagegen

11[®]	Welches ist der Grund, warum Sie nicht an der Umfrage teilnehmen wollen? (Offene Frage, listet nicht alle Antwortmöglichkeiten auf)
<input type="checkbox"/>	Ich bin nicht interessiert
<input type="checkbox"/>	Ich habe keine Zeit
<input type="checkbox"/>	Ich sehe nie Resultate
<input type="checkbox"/>	Ich denke, ich bin nicht hilfreich für die Forschung
<input type="checkbox"/>	Ich glaube nicht an den Nutzen der Forschung
<input type="checkbox"/>	Ich denke nicht, dass es die Gesundheit der Bevölkerung verbessern wird
<input type="checkbox"/>	Ich will bei keiner klinischen Untersuchung teilnehmen
<input type="checkbox"/>	Ich möchte meine medizinischen Daten nicht übermitteln
<input type="checkbox"/>	Ich will keine biologischen Proben abgeben
<input type="checkbox"/>	Andere Gründe _____