



Für mich. Für alle.
Schweizer Gesundheitsstudie

Pilotphase

STUDIENBESUCH



Bewertung der Exposition (EX2)

Gespräch während des Studienbesuchs

Umwelt und Exposition

Arbeitsplatz Expositionen

1	Was umschreibt die derzeitige Arbeitssituation von Ihnen und Ihrem Partner/Ihrer Partnerin am besten? Falls Sie keine Partnerin / keinen Partner haben, bitte Spalte (Ehe)Partner/in leer lassen. Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrere Antworten möglich.	
	Derzeitige Arbeitssituation	Ich selbst (Ehe-) Partner/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 >3 Monate (Urlaub, Mutterschaftsurlaub etc.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Nicht erwerbstätig, da krank oder invalid (inkl. 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	
	Andere _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ich möchte diese Frage nicht beantworten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

2

Wie ist die Bezeichnung Ihres aktuellen Berufes und welche Tätigkeiten üben Sie aus?
Seien Sie bitte so genau wie möglich.

Aktueller Beruf und wichtigste Tätigkeiten: _____

(Beispiele: Apotheker/in mit Personalverantwortung, Medikamentenbestellung und Anrühren von Salben;
 Chemielaborant/in im Bereich Qualitätssicherung, mit gelegentlichen Laborarbeiten)

Seit wann: _____ (Jahr z.B. 2001)

Arbeitgeber: _____ (Name)
 _____ (Ort, bzw. Adresse)

Sektor (Klassifizierung nach NOGA mit 6 Ziffern, siehe
<https://www.kubb2008.bfs.admin.ch/de>)

Ich möchte diese Frage nicht beantworten

3

Können Sie uns Ihre früheren Arbeitsstellen nennen (mit Verbleib von mehr als einem Jahr)? Bitte erstellen Sie eine Liste, am besten chronologisch rückwärts.

	Von (Jahr)	Bis (Jahr)	Arbeitgeber	Ort der Arbeitsstelle	Beruf	Sektor
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Ich möchte nicht antworten / Ich erinnere mich nicht

4	Arbeiten Sie normalerweise in der Nacht, also mindestens 2 Stunden zwischen 23 Uhr in der Nacht und 6 Uhr am Morgen? Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Ja, Anzahl Nächte pro Monat: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

5	Was beschreibt Ihren üblichen Arbeitsrhythmus am besten? Beziehen Sie sich bitte auf Ihre gegenwärtige Haupttätigkeit oder, falls Sie nicht mehr erwerbstätig sind, auf Ihre längste Anstellung. Bitte für jede Aussage nur eine Antwort ankreuzen.				
		Regelmässig	Unregelmässig	Auf Abruf	Gar nicht
a	Tagarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Tagarbeit und Nachtarbeit abwechselnd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6

Sind Sie zurzeit während der Arbeit den folgenden Einflüssen gegenüber ausgesetzt oder waren Sie diesen jemals während Ihres Arbeitslebens gegenüber ausgesetzt?

a	Rauch (ohne Zigarettenrauch, sondern z.B. von Verbrennungen, Schweissarbeiten, Löten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
b	Auspuffgase (z.B. von Diesel- oder Benzinmotoren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
c	Lösungsmitteldämpfe (z.B. Formaldehyd, Aceton)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
d	Reinigungsmittel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
e	Staub (z.B. Mineralstaub, Hausstaub, Zementstaub, Plastikstaub)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
f	Strahlung (z.B. Röntgenstrahlung, radioaktive Strahlung, Radarstrahlung)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Weiss nicht
		Falls ja, welcher Art _____	Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	

7		Kommen Sie zur Zeit beruflich mit folgenden Substanzen oder Materialien in Kontakt, oder sind Sie in der Vergangenheit beruflich regelmässig mit diesen in Kontakt gekommen?	
a	Polycarbonat (z.B. Herstellung von Produkten aus Polycarbonat)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
b	Epoxyharze (z.B. Baustoffe, Fussbodenbeläge, Metallbeschichtungen, Modellbau, Schiffsbau, Autoteile)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
c	Quecksilber (z.B. Herstellung von Zahnfüllungen oder Leuchtmitteln, Umgang mit Hg-haltigen Thermometern, Manometern)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
d	Skiwachs oder andere Wachse (z.B. Metallgussformen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
e	Imprägnierungssprays (z.B. Nässeschutz von Schuhen, Bekleidung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	
f	Kassenzettel oder andere Thermopapiere	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiss nicht Falls ja, von wann bis wann (in Jahren) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _	

Kommen Sie beruflich in Kontakt mit Pestiziden (Unkrautvertilgungsmitteln, Insektiziden, Fungiziden, etc.) ?

- Ja
 Nein

Falls ja,

- a. Wann haben Sie zuletzt ein Pflanzenschutzmittel angewandt oder engen Kontakt (selber anrühren, spritzen) damit gehabt?
(Weitere Fragen bezüglich Ort, Tätigkeit etc. siehe Matrix)

- b. Wie lautete der Produktname des letztverwendeten Pflanzenschutzmittels?

c.

Falls der Produktname unbekannt ist: war es flüssig, pulverförmig oder ein Granulat?
Musste es angerührt werden? Gegen welchen Organismus haben Sie es angewandt?
Welche Farbe hatte die Verpackung? War es eine Flasche oder ein Karton?

Präzisierung der Tätigkeiten für diejenigen, die auf eine der Fragen 6-8 mit „ja“ geantwortet haben

Auf welche Frage oben bezieht sich die Tätigkeit?	Beschreibung der Tätigkeit mit diesen Materialien	Ort, wo die Tätigkeit ausgeführt wird	Wie ist der Ort belüftet?	Über welchen Zeitraum wurde/wird die Tätigkeit regelmässig ausgeführt?	Häufigkeit der Tätigkeit (Wie oft führen Sie die Tätigkeit aus, pro Tag, Woche, Monat oder Jahr)	Normale Dauer der Tätigkeit	Ausmass der physischen Aktivität während der Tätigkeit (siehe Erklärungen unter Fragen 63, 64)	Persönliche Schutzausrüstung (für Atemwege und/oder Haut)
32b	<p><i>Beispiel: Befüllen von Säcken mit Plastikpellets für weiterverarbeitende Maschinen (Extruder);</i></p> <p>Seien Sie bitte so präzise wie möglich.</p>	Lagerhalle, 100 m ²	Unregelmässige Lüftung über Fenster	während der letzten 6 Monate	5-6 Mal pro Tag an 5 Tagen einer Arbeitswoche	15 Minuten	moderat (mässig intensiv)	<p>Atemmaske und Handschuhe</p> <p>Falls bekannt, bitte Handschuhmaterial angeben.</p>

Freizeit, Hobbies und spezifische Expositionen

9

Haben Sie einen Garten oder Kleingarten und wenden dort Pflanzenschutzmittel (Pestizide, Herbizide, etc) an?

- Ja
 Nein

Falls ja

- a. wann und wie haben Sie persönlich zuletzt ein Pflanzenschutzmittel angewandt?

- b. Wie lautete der Produktname des Pflanzenschutzmittels?

- c. Falls der Produktname unbekannt ist: War es flüssig, pulverförmig oder ein Granulat? Musste es angerührt werden? Gegen welchen Organismus haben Sie es angewandt? Welche Farbe hatte die Verpackung? War es eine Flasche oder ein Karton?

- d. Welche Schutzmassnahmen treffen Sie, wenn Sie ein Pflanzenschutzmittel anwenden (z.B. keine, Handschuhe, Maske, Brille)?

10

Wachsen Sie Ihre Ski/Ihr Snowboard selbst?

- Ja
 Nein

Falls ja, wie oft wachsen Sie ein Paar Ski/ein Snowboard in einer Saison?

Wo wachsen Sie die Ski/das Snowboard (z.B. Innenraum, Garage, Balkon, Garten)?

11 Benutzen Sie Imprägnierungssprays (z.B. für Schuhe, Jacken)?

- Ja
- Nein

Falls ja, wie oft pro Jahr ?

Falls ja, wo benutzen Sie es? (Innenraum, Garage, Balkon, Garten....)

12 Wie viele Kassenzettel und Park Tickets haben Sie in den letzten 2 Tagen bekommen und angefasst (Privat- und Berufsleben zusammen genommen)?

- Keine
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- >7
- Weiss nicht

13 Haben oder hatten Sie Tattoos und können uns nähere Angaben dazu machen?

- Keine Tattoos
- Ja, ich habe oder hatte ein Tattoo/ mehrere Tattoos

Tattoo	Ort (Körperteil)	Grösse (cm ²), vgl. Liste	Farbe/n (häufigste zuerst)	Wann gestochen (Jahr)	Ort, Land	Wurde es entfernt? Falls ja, wie und wann?
1						
2						
3						
4						

- Ich möchte die Frage nicht beantworten

Lebensstil

Ernährung und Getränke

14

Wie gross sind jeweils die Portionen, die Sie pro Mahlzeit zu sich nehmen, und (falls mehrmals täglich) wieviele Portionen pro Tag essen Sie?

	Portionsgrösse				Anzahl Portionen pro Tag (falls mehrmals täglich)
	0	1	2	3	
a	Tierische Milch (auch in Kaffee, Tee, Müsli, etc.)				<input type="text"/> <input type="text"/>
b	Eier (Frühstücksei, Omelett etc.)				<input type="text"/> <input type="text"/>
c	Fisch, Fischprodukte und Meeresfrüchte (z.B. auch Thunfisch auf Pizza)				<input type="text"/> <input type="text"/>
d	Frühstücksflocken (Müsli, Corn Flakes etc.)				<input type="text"/> <input type="text"/>

15

Wie viele Portionen Brot, Pasta, Frühstücksflocken und Hülsenfrüchte haben Sie in den letzten 48 Stunden gegessen?

	Portionsgrösse				Anzahl Portionen
	0	1	2	3	
a	Brot, Zopf und andere				<input type="text"/> <input type="text"/>
b	Pasta				<input type="text"/> <input type="text"/>
c	Frühstücksflocken (Müsli, Haferflocken, Corn Flakes, etc.)				<input type="text"/> <input type="text"/>
d	Hülsenfrüchte (Linsen, Erbsen, Kichererbsen etc.)				<input type="text"/> <input type="text"/>

16

Wie viele Ihrer Mahlzeiten haben Sie (oder ein Familienmitglied) in den letzten 48 Stunden selbst zubereitet?

Frühstück	Mittagessen	Abendessen
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

17**Bitte geben Sie für die selbst zubereiteten Mahlzeiten der letzten 48 Stunden die Portionsgrößen an, die Sie an Nahrungsmitteln aus der Dose verzehrt haben.**

Nahrungsmittel (Name)	Portionsgröße				Anzahl Portionen
	0	1	2	3	
a _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
b _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
c _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
d _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Körperliche Aktivität

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zur körperlichen Aktivität, indem Sie Ihre Antworten auf eine Alltagswoche beziehen. Wenn die letzten 7 Tage eine ungewöhnliche Woche darstellen, denken Sie für Ihre Antworten an die letzte normale Alltagswoche (**eine Schätzung ist besser, als „Weiss nicht“ oder keine Angabe**).

18

Moderate (mässig intensive) körperliche Aktivität

Bitte für jede Frage (a-b) nur eine Antwort angeben.

a	An wievielen Tagen pro Woche machen Sie körperliche Aktivitäten, bei denen Sie mind. ein bisschen ausser Atem kommen; zum Beispiel zügiges Gehen, Wandern, Tanzen, viele Gartenarbeiten oder viele Sportarten.	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 1 Tag pro Woche <input type="checkbox"/> 2 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 3 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 7 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Weiss nicht
b	Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv?	___ Minuten pro Tag

19

Intensive körperliche Aktivität

Bitte für jede Frage (a-b) nur eine Antwort angeben.

a	Wie häufig sind Sie körperlich so aktiv, dass Sie ausser Atem geraten oder schwitzen?	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Weniger als einmal pro Monat <input type="checkbox"/> weniger als einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 1 Tag pro Woche <input type="checkbox"/> 2 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 3 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 4 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 5 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 6 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> 7 Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Weiss nicht
b	Wieviele Stunden und Minuten in der Woche sind Sie insgesamt normalerweise körperlich so aktiv, dass Sie ausser Atem geraten oder schwitzen?	__ h __ min pro Woche

20	An wie vielen Tagen der letzten Woche waren Sie insgesamt 30 Minuten oder länger körperlich so aktiv, dass Sie zumindest etwas stärker atmen mussten? Beispiele für solche Aktivitäten sind Sport, Bewegung, Training, sowie zügiges Gehen oder Velofahren, entweder in der Freizeit oder um von Ort zu Ort zu gelangen. Körperliche Aktivitäten im Haushalt oder im Rahmen Ihrer Arbeit berücksichtigen Sie hingegen bitte nicht. Bitte nur eine Antwort ankreuzen.
	<input type="checkbox"/> 0 (kein Tag) <input type="checkbox"/> 1 Tag <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage <input type="checkbox"/> 6 Tage <input type="checkbox"/> 7 Tage

21	Wie viel Zeit haben Sie an den vergangenen 7 Tagen im Mittel mit Sitzen verbracht?											
a	An Wochentagen (Montag bis Freitag)	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 24px; vertical-align: middle;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Stunden</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Minuten</td> </tr> </table> pro Tag			:			Stunden			Minuten	
		:										
Stunden			Minuten									
b	An Wochenendtagen (Samstag und Sonntag)	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="font-size: 24px; vertical-align: middle;">:</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Stunden</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Minuten</td> </tr> </table> pro Tag			:			Stunden			Minuten	
		:										
Stunden			Minuten									

22	Mit welchem/n Verkehrsmittel/n legen Sie ihren Arbeitsweg in der Regel zurück (jeweils nur ein Weg)? Wie lange nutzen Sie jeweils ein Verkehrsmittel? <i>Mehrfachantworten möglich.</i>	
		Minuten pro Tag
	<input type="checkbox"/> Zu Fuss	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Mit dem Velo	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Mit dem E-bike	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Mit dem öffentlichen Verkehr (Tram, Bus, Zug)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Mit dem Privatauto	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Mit dem Motorrad / Scooter	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>
	<input type="checkbox"/> Anderes _____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"></table>

Legionella-Exposition

Sie haben angegeben, dass Sie die Legionärskrankheit (Legionella) hatten. Die folgenden Fragen dienen dazu, die Ansteckungsursache/n zu ermitteln (*RedCap: Questions should only appear, if «Legionellose» is crossed in question 9.1 health matrix*)

23

Bitte nehmen Sie zu den folgenden Aussagen Stellung. Die Aussagen beziehen sich auf die Wasserversorgung (einschliesslich Dusche, Bad) Ihres Hauptwohnsitzes. Falls Sie eine zweite Wohnung haben, wo Sie regelmässig Zeit verbringen, wird auch für diese die Matrix ausgefüllt.

Hauptwohnsitz	Nein	Ja	Ich weiss nicht
Das Warmwasser wird nicht heiss genug			
Bei Aufdrehen des Warmwasserhahns dauert es lang, bis heisses Wasser kommt.			
Bei Aufdrehen des Kaltwasserhahns dauert es lang, bis kaltes Wasser kommt.			
Das kalte Hahnenwasser wird schnell warm, wenn der Wasserhahn länger nicht benutzt wurde.			
Einzelne Wasserleitungen werden nicht benutzt			
Einzelne Wasserhähne werden nur selten benutzt (weniger als einmal in der Woche)			
Das Hahnenwasser hat eine ungewöhnliche Farbe			
Das Hahnenwasser hat einen ungewöhnlichen Geruch			
Bestimmte/alle Wasserleitungen und/oder Armaturen sind korrodiert			
Bestimmte/alle Wasserleitungen und/oder Armaturen sind kaputt			
Der Wasserdruck ist schwach			
Der Wasserdruck ist veränderlich			
Anderes Problem mit der Wasserversorgung (falls ja, bitte beschreiben)			

Haben Sie eine zweite Wohnung oder Haus, wo Sie regelmässig Zeit verbringen?

- Ja
- Nein

Falls ja, füllen Sie bitte auch für diesen Wohnsitz die folgende Tabelle aus:

Zweiwohnung/Zweithaus	Nein	Ja	Ich weiss nicht
Das Warmwasser wird nicht heiss genug			
Bei Aufdrehen des Warmwasserhahns dauert es lang, bis heisses Wasser kommt.			
Bei Aufdrehen des Kaltwasserhahns dauert es lang, bis kaltes Wasser kommt.			
Das kalte Hahnenwasser wird schnell warm, wenn der Wasserhahn länger nicht benutzt wurde.			
Einzelne Wasserleitungen werden nicht benutzt			
Einzelne Wasserhähne werden nie benutzt			
Einzelne Wasserhähne werden nur selten benutzt (weniger als einmal in der Woche)			
Das Hahnenwasser hat eine ungewöhnliche Farbe			
Das Hahnenwasser hat einen ungewöhnlichen Geruch			
Bestimmte/alle Wasserleitungen und/oder Armaturen sind korrodiert			
Bestimmte/alle Wasserleitungen und/oder Armaturen sind kaputt			
Der Wasserdruck ist schwach			
Der Wasserdruck ist veränderlich			
Anderes Problem mit der Wasserversorgung (falls ja, bitte beschreiben)			

Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten die folgenden Tätigkeiten ausgeführt (entweder durchgehend, oder auch Saison-bezogen) ?

Tätigkeit	Mindestens einmal pro Woche	Mindestens einmal pro Monat	Weniger als einmal pro Monat	Nie
Gartenarbeiten (Garten oder Balkon) mit Erd-Kontakt				
Arbeit mit Kompost				
Autowaschen in einer Auto-Waschanlage				
Besuch eines Hallenbads				
Besuch eines Freibads				
Benutzung eines privaten swimming pools (innen)				
Benutzung eines privaten swimming pools (aussen)				
Spa-Besuch (Sauna, türkisches Bad, usw.)				

25 Sind Sie in den letzten 12 Monaten verreist?

- Ja
- Nein

Falls ja, bitten wir um die folgenden Angaben:

Reisezeitraum	Ziel der Reise	Unterkunft
----- -----	-----	<input type="checkbox"/> Ferienhaus/Ferienwohnung <input type="checkbox"/> Hotel mit spa <input type="checkbox"/> Hotel ohne spa <input type="checkbox"/> Jugendherberge <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> bei Familie oder Bekannten <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben)
----- -----	-----	<input type="checkbox"/> Ferienhaus/Ferienwohnung <input type="checkbox"/> Hotel mit spa <input type="checkbox"/> Hotel ohne spa <input type="checkbox"/> Jugendherberge <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> bei Familie oder Bekannten <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben)
----- -----	-----	<input type="checkbox"/> Ferienhaus/Ferienwohnung <input type="checkbox"/> Hotel mit spa <input type="checkbox"/> Hotel ohne spa <input type="checkbox"/> Jugendherberge <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> bei Familie oder Bekannten <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben)
----- -----	-----	<input type="checkbox"/> Ferienhaus/Ferienwohnung <input type="checkbox"/> Hotel mit spa <input type="checkbox"/> Hotel ohne spa <input type="checkbox"/> Jugendherberge <input type="checkbox"/> AirBnB <input type="checkbox"/> Camping <input type="checkbox"/> bei Familie oder Bekannten <input type="checkbox"/> andere (bitte angeben)



Participant examination form (PEF)

Während des Studienbesuchs

Instrument : Health examination

GESUNDHEITSUNTERSUCHUNG

0 Untersuchung fängt an

- a Pflegefachperson / FW ID _____
- b Datum und Uhrzeit ____-____-____ :__:__ (DD-MM-YY HH: MM :SS)
- c Überprüfung der Identität Die Pflegefachperson bestätigt, dass sie die Identität der/s Teilnehmer/-in überprüft hat
- 2° Untersuchungstermin Datum und Zeit ____-____-____ :__:__ (DD-MM-YY HH: MM :SS)

Instrument : Consent

Alle erhobenen Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, **verschlüsselt** ausgewertet und ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Wir nehmen die Einhaltung des Datenschutzes und die Wahrung der Vertraulichkeit sehr ernst.

SHeS – pilotphase Einverständnis

1 Ich bin damit einverstanden, ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| an den Gesundheitsuntersuchungen teilzunehmen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| dass mir die Ergebnisse der Gesundheitsuntersuchungen und der sofort durchgeführten Laboruntersuchungen mitgeteilt werden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Über 8 Tage meine körperliche Aktivität mit Hilfe eines Akzelerometers zu messen: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Die App MyFoodRepo zu verwenden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Biologische Proben (Blut und Urin) für Forschungszwecke abzugeben: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| wieder kontaktiert zu werden, falls die Hauptstudie stattfindet | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| dass meine biologischen Proben und gesundheitsbezogenen Daten, die in der Pilotstudie erhoben werden, auch in der allfälligen Hauptstudie verwendet werden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Die Pflegefachperson bestätigt, dass der/die Teilnehmer/in die Einwilligung unterzeichnet hat

Am Ende des Studienbesuchs bitte daran denken, die Einwilligung zu scannen und im PMT Projekt hochzuladen
(Consent storage Instrument)

Instrument : Urine PoC

PEF- Urine PoC

2

Bitte der/dem Teilnehmer/-in jetzt anbieten, die Urinprobe abzugeben

Die Blase muss spätestens vor der BIA Messung geleert werden, am besten vor der anthropometrischen Messung (Grösse, Gewicht, Taillen-, Hüft- und Halsumfang). Wenn die/der Teilnehmer/in nicht genug Urin für die Analysen vor der BIA Messung geben kann, darf er/sie **nach** der BIA Messung so viel Wasser trinken wie gewünscht.

Zeitpunkt der Urinabgabe _____ : _____ (H:M)

3

ALERE ACR Test (Nierenfunktion)

Menstruation: Falls die Teilnehmerin gerade ihre Menstruation hat, wird diese Untersuchung nicht durchgeführt. Bitte überspringen und einen entsprechenden Kommentar im Kommentarfeld machen

Test durchgeführt Nein Ja

Durchführende Pflegefachperson / FW ID _____

Zeitpunkt des ACR Tests _____ : _____ (H:M)

Verwendetes Gerät:
 SHeS-AL01L
 SHeS-AL02L
 SHeS-AL01- Bern

ERGEBNISSE

ACR (Albumin / Kreatinin) _____ mg/mmol

Albumin _____ mg/L

Kreatinin _____ mmol/L

Kommentare zum ACR Test:

Instrument : Screening questionnaire

Screening Fragen vor der Gesundheitsuntersuchung

scr1

Aktueller Gesundheitsstatus - In der folgenden Tabelle sind einige Symptome aufgelistet.

Bitte füllen Sie für jedes Symptom aus, ob es in den letzten 2 Wochen, bzw. den letzten 24 Stunden aufgetreten ist.

Symptom	In den letzten 2 Wochen aufgetreten	In den letzten 24 Stunden aufgetreten
a Husten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b Pfeifendes Atemgeräusch	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
c Atemnot	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
d Schwächegefühl	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
e Verstopfte Nase	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
f Grippe / Grippeähnliche Symptome	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
g Fieber	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
h Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → siehe 2.4-WI-HEA-09-Chest pain

Notizen/Kommentare :

scr2 Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Infektionen in den letzten Wochen	
a	<p>Hatten Sie in den letzten Wochen eine Atemwegsinfektion?</p> <p>Vor wie vielen Tagen war der Infekt auskuriert?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Frage scr3 <input type="checkbox"/> Ja, wann? Datum: _____
b	<p>Hatten Sie irgendeine andere Infektion?</p> <p>Um welche Art von Infekt handelte es sich?</p> <p>Vor wie vielen Tagen war der Infekt auskuriert?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Frage scr3 <input type="checkbox"/> Ja, wann? Datum: _____
c	<p>Hatten Sie irgendeine andere Infektion?</p> <p>Um welche Art von Infekt handelte es sich?</p> <p>Vor wie vielen Tagen war der Infekt auskuriert?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Frage scr3 <input type="checkbox"/> Ja, wann? Datum: _____
d	<p>Hatten Sie irgendeine andere Infektion?</p> <p>Um welche Art von Infekt handelte es sich?</p> <p>Vor wie vielen Tagen war der Infekt auskuriert?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Frage scr3 <input type="checkbox"/> Ja, wann? Datum: _____

scr3 Bitte beantworten Sie folgende Fragen	
a	<p>Um wieviel Uhr haben Sie zuletzt gegessen, oder ein gesüßtes Getränk zu sich genommen?</p>
	<p>__ : __ (H:M)</p>
b	<p>Haben Sie in den letzten 24 Stunden anstrengende körperliche Aktivitäten verrichtet?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann? __ : __ (H:M)
c	<p>Was trifft bezüglich ihres Rauchverhaltens zu?</p>
	<input type="checkbox"/> Nichtraucher <input checked="" type="checkbox"/> → bitte weiter zu Unterfrage -e <input type="checkbox"/> Ehemaliger Raucher <input checked="" type="checkbox"/> → bitte weiter zu Unterfrage -e <input type="checkbox"/> Raucher
d	<p>Haben Sie in der letzten Stunde geraucht?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
e	<p>Benutzen Sie nachts Nasenstrips, um besser atmen zu können?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
f	<p>Benötigen Sie eine Sauerstoff-Therapie?</p>
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja, nach Bedarf <input type="checkbox"/> Ja, nachts <input type="checkbox"/> Ja, tagsüber <input type="checkbox"/> Ja, nachts und tagsüber
g	<p>Brauchen Sie nachts eine CPAP-Therapie? (Überdruckbeatmung mit Nasenmaske)</p>
	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja

scr4		Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Medikamenten, die dabei helfen, besser atmen zu können:	
		<i>Bitte nur eine Antwort ankreuzen.</i>	
a	Haben Sie innerhalb der letzten 12 Stunden ein Medikament inhaliert?	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Unterfrage -c	<input type="checkbox"/> Ja
b	Welches Medikament, welche Dosierung und wann?	
c	Haben Sie in den vergangenen sechs Stunden ein Medikament für die Atmung genommen?	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Unterfrage -e	<input type="checkbox"/> Ja, vor mehr als einer Stunde
			<input type="checkbox"/> Ja, innerhalb der letzten Stunde
d	Welches Medikament, welche Dosierung und wann?	
e	Haben Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann Medikamente zum Inhalieren verwendet, um besser atmen zu können?	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Unterfrage -g	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Weiss nicht
f	Bitte listen Sie die Namen aller Sprays auf, die Sie in den letzten 12 Monaten verwendet haben.	
		
		
g	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Pillen, Kapseln oder Tabletten eingenommen, um besser atmen zu können?	<input type="checkbox"/> Nein → bitte weiter zu Frage scr5	<input type="checkbox"/> Ja
			<input type="checkbox"/> Weiss nicht
h	Welches Medikament, welche Dosierung und wann?	
		
		

scr5		Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Einnahme von Antibiotika:	
		<i>Antibiotika können als Infusionen, Spritzen in die Muskulatur, Tabletten oder Säfte verabreicht werden. Bitte antibiotikahaltige Salben oder andere äussere Anwendungen NICHT mitzählen.</i>	
a	Wie häufig haben Sie sich in den vergangenen 12 Monaten mit Antibiotika behandelt oder wurden damit behandelt?		
	<input type="checkbox"/> Keine Behandlung in den vergangenen 12 Monaten → bitte weiter zu Frage scr6		
	<input type="checkbox"/> 1 Behandlung in den vergangenen 12 Monaten		
	<input type="checkbox"/> 2 Behandlungen in den vergangenen 12 Monaten		
	<input type="checkbox"/> 3-4 Behandlungen in den vergangenen 12 Monaten		
	<input type="checkbox"/> Mehr als 4 Behandlungen in den vergangenen 12 Monaten		
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht		
b	Wann haben Sie zum letzten Mal Antibiotika eingenommen oder gespritzt, und welches Medikament?		
	Datum (TT.MM.JJJJ)	(weiss nicht)	Name Medikament
			(weiss nicht)
	<u>Medikament 1</u> _____	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
	<u>Medikament 2</u> _____	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>
	<u>Medikament 3</u> _____	<input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

scr6 Bei Frauen: Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Monatsblutung und Schwangerschaft:	
a	<p>Haben Sie Ihre Monatsblutungen noch?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein → ich habe keine Monatsblutungen mehr seit: Monat (MM) __ Jahr (JJJJ) ____</p> <p><input type="checkbox"/> Ja → Wann war die letzte Monatsblutung? Monat (MM) __ Jahr (JJJJ) ____</p>
b	<p>Falls Ja, haben Sie gerade Ihre Monatsblutung, bzw. sind Sie schwanger?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja → bitte weiter zu Frage scr7</p> <p><input type="checkbox"/> Nein und nicht schwanger → bitte weiter zu Frage scr7</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, und SCHWANGER → kein BIA und im letzten Schwangerschaftsdrittel → keine Spirometrie</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, und ich weiss nicht ob ich schwanger bin → bitte weiter zu Frage scr7</p>
c	<p>In welchem Schwangerschaftsdrittel befinden Sie sich ?</p> <p><input type="checkbox"/> erstes Trimester</p> <p><input type="checkbox"/> zweites Trimester</p> <p><input type="checkbox"/> drittes Trimester → keine Spirometrie</p>

scr7 Ausschlusskriterien für BP - Bitte beantworten Sie folgende Fragen	
a	<p>Haben Sie eine Strahlentherapie oder Lymphknotenentfernung in der Axilla gehabt z.B. nach Mammakarzinom?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, rechte Seite → BP**</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, linke Seite → BP**</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beide Seiten → kein BP</p>
b	<p>Haben Sie einen Shunt in der Armarterie?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, rechte Seite → BP**</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, linke Seite → BP**</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, beide Seiten → kein BP</p>

****BP:** Auf der anderen Seite die Blutdruckmanschette anlegen und vermerken.

scr8 Ausschlusskriterien für BIA - Bitte beantworten Sie folgende Fragen	
a	Haben Sie Gefäßverengungen in den Beinen oder Armen, die zu Durchblutungsstörungen führen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
b	Wurde bei Ihnen jemals eine Operation an der Halsschlagader, oder an der Aorta durchgeführt? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
c	Haben Sie metallische Gelenk-Implantate? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
d	Ist ein Bein amputiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
e	Ist ein Arm amputiert? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
f	Haben Sie einen Herzschrittmacher? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
g	Haben Sie einen implantierten Defibrillator? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
h	Haben Sie an den Beinen oder Armen ein Ödem, eine Gangrän (Gewebsnekrose) oder ein grossflächiges Geschwür? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA
i	Haben Sie ein Cochlea-Implant ? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → kein BIA

scr9	Ausschlusskriterien für Spirometrie - Bitte beantworten Sie folgende Fragen		
a	Hatten Sie in den vergangenen 3 Monaten eine Operation am Brustkasten oder Bauch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
b	Haben Sie eine abgelöste Netzhaut oder hatten Sie eine Augenoperation in den letzten 3 Monaten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
c	Hatten Sie einen Pneumothorax (kollabierte Lunge)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
d	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten ein Aorta-Aneurysma?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
e	Hatten Sie eine Embolie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
f	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
g	Wurden Sie in den letzten 4 Wochen wegen anderer Herzprobleme hospitalisiert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
h	Ist derzeit eine Tuberkulose bekannt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
i	Nehmen Sie zurzeit Medikamente zur Behandlung der Tuberkulose?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
j	Haben Sie zurzeit eine Lungenentzündung oder eine andere Lungenkrankheit wegen der Sie zusätzlichen Sauerstoff benötigen (Sauerstofftherapie)?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
k	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Kopfverletzung oder eine Gehirnoperation?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
l	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen Schlaganfall?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
m	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Mittelohrentzündung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
n	Haben Sie in den letzten Monaten Blut gehustet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
o	Haben Sie ein körperliches Problem, welches einen tiefen Atemzug verhindert?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ No Spirometrie
p	Sind Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ und im letzten Schwangerschaftsdrittel → keine Spirometrie

scr12	Ausschlusskriterien für Handgrip Test - Bitte beantworten Sie folgende Fragen		
a	Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine Operation an den Händen oder Handgelenken?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ Handgrip**
b	Haben Sie andere Verletzungen, die einen Handkrafttest verunmöglichen? Z.B. Handwunden, Gips, Prothesen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	→ Handgrip**

Handgrip:** Führen Sie den Handgrip-Test mit der anderen Hand durch.

scr13	Diese Angaben wurden im Rahmen eines Untermoduls der Studie nur im Studienzentrum Lausanne auf französisch erhoben.	
scr13.1 Dans les 24 dernières heures, avez-vous consommé:		
a	Des fruits à coque (amandes, noix, noisettes,...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b	Des fruits frais ou du jus de fruit (sans sucre)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c	Des légumes frais	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
d	Des épices indiennes (curcuma, cumin,...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
e	Des huiles végétales crues	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
f	Des produits transformés (biscuits industriels, bonbons, chips, chocolats,...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
g	De la friture (frites, hamburger,...)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
h	Du café ou du thé	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
i	Du vin rouge	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
scr13.2 Veuillez indiquer pour les moyens de transport suivants le temps passé dans chacun d'eux pour vous rendre ici aujourd'hui		
a	Train	_____ (min)
b	Métro	_____ (min)
c	Bus	_____ (min)
d	Voiture	_____ (min)
e	Marche à pied /trotinette	_____ (min)
f	Vélo (y compris vélo électrique)	_____ (min)
g	Tram	_____ (min)
h	Moto/scooter	_____ (min)
i	Bateau	_____ (min)
scr13.3 Souffrez-vous actuellement		
a	D'asthme ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b	D'une rhinite allergique ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c	D'une autre maladie respiratoire ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
scr13.4 Dans les dernières 24 heures, avez-vous pris :		
a	Un médicament	<input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la sous-question -b <input type="checkbox"/> Oui
	Si Oui, Médicament - veuillez indiquer le(s)quel(s):	_____ _____ _____ _____
b	Un supplément alimentaire ou vitaminique	<input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à la sous-question -c <input type="checkbox"/> Oui
	Si Oui, Supplément alimentaire ou vitaminique - veuillez indiquer le(s)quel(s):	_____
c	Un autre traitement	<input type="checkbox"/> Non → veuillez passer à scr13.5 <input type="checkbox"/> Oui
	Si Oui, Un autre traitement - veuillez indiquer le(s)quel(s)	_____

scr13.5	Veillez indiquer combien, dans les dernières 24 heures, vous avez fumé de : (indiquez '0' si vous êtes non-fumeur) :	
	Si non-fumeur ou ancien fumeur : La personne a indiqué être non-fumeuse / ancienne fumeuse	
	Si fumeur	
a	Cigarettes	_____
b	Cigares	_____
c	Pipes	_____
d	Cigarillos	_____
e	Cigarettes électroniques (si rechargeable, veuillez indiquer la dose de nicotine)	_____
	Notes / Commentaires :	_____

Instrument : Blood pressure

2.a Blutdruck

Blutdruck-Messung : **Der/die Teilnehmer/in kann an diesem Test nicht teilnehmen.** Nicht durchgeführt

Verwendetes Gerät: SHeS-BP01L
 SHeS-BP02L
 SHeS-BP01-Bern

Welche Manschettengrösse? gross standard

Die Messungen sind am LINKEN Arm durchzuführen, es sei den der/die Teilnehmer/-in hatte/hat eine Radiotherapie, Lymphknotenausräumung oder einen shunt in der Arteria brachialis auf der linken Seite. In diesen Fällen, Manschette bitte rechts platzieren und in den Kommentaren vermerken.

Falls einer dieser Fälle auftritt (gemäss PEF – Screening questionnaire), erscheint der folgende Text auf REDCap :

Der/die Teilnehmer/in hatte eine Strahlentherapie oder Lymphknotenausräumung in der Axilla.

Bitte nachschauen, auf welcher Seite und die Blutdruckmessung an dem anderen Arm durchführen.

Seite: links rechts

Armumfang: _____ cm

a.1 ERGEBNISSE

ERGEBNISSE	Messung1	Messung2		Messung3
Uhrzeit auf dem Blutdruckgerät: (Zeit Format: 24:00)	__ : __ Uhr (HH :MM)	__ : __ Uhr (HH :MM)		__ : __ Uhr (HH :MM)
Systolischer BD:	_____ mmHg	_____ mmHg	Mindestens 1min dazwischen	_____ mmHg
Diastolischer BD:	_____ mmHg	_____ mmHg		_____ mmHg
Puls:	_____ bpm	_____ bpm		_____ bpm

Wichtige FW Info: Warten Sie mindestens 1 Minute zwischen der ersten und der zweiten Messung.

2b Zusatzfragen für die Wartezeit zwischen den zwei Messungen

a Falls Sie den Blutdruck zu Hause selbst messen, ist der hier gemessene Blutdruck höher, tiefer oder gleich wie zu Hause?

FW Info Bitte mit den tieferen Werten der zwei vor Ort-Messungen vergleichen lassen.

Ich messe den Blutdruck zu Hause nicht **→ bitte weiter zu Frage 3 (PEF_Handgrip)** tiefer gleich höher

b Wenn Sie zu Hause in Ruhe den Blutdruck messen, sind dann Ihre Blutdruckwerte immer etwa gleich oder sind die Werte von Messung zu Messung sehr unterschiedlich?

Ja, die Werte sind in etwa gleich systolisch ___ / diastolisch __

Nein, die Werte sind von Messung zu Messung sehr unterschiedlich

Tiefste Werte
systolisch ___ / diastolisch __

Höchste Werte
systolisch ___ / diastolisch __

Notizen / Kommentare:

.....

Instrument : Hand Grip

3 Handgriff- Kraft-Test

Gemäss PEF – Screening questionnaire erscheint der folgende Text in REDCap :

Der/die Teilnehmer/in hatte in den letzten 3 Monaten eine OP oder eine Verletzung an den Händen oder Handgelenken .

Bitte nachschauen, an welcher Hand und die andere Hand für den Handgrip Test benutzen.

Führen Sie den Handgrip-Test auf der anderen Seite durch.

Nicht durchgeführt

a Start der Tests: __ : __ (HH :MM) (Zeit Format: 24:00)

b Verwendetes Gerät
 SHeS-HG01L
 SHeS-HG01-Bern
 SHeS-HG02-Bern

c Dominante Hand ? Rechtshänder/in Linkshänder/in

d Welche Hand für den Test benutzt? rechte linke

e Messung1 __ __ kg

f Messung2 __ __ kg

g Messung3 __ __ kg

Notizen / Kommentare: _____

4

Falls Urinprobe noch nicht abgegeben :

Jetzt Anbieten, die Urinprobe abzugeben. FWLab advisiert.

Die Blase muss spätestens vor der BIA Messung geleert werden, am besten vor der anthropometrischen Messung (Grösse, Gewicht, Taillen-, Hüft- und Halsumfang). Wenn der/die Teilnehmer/in vor der BIA Messung nicht genug Urin für die Analysen abgeben kann, darf er/sie nach der BIA Messung so viel Wasser trinken wie gewünscht.

Notizen / Kommentare: _____

Instrument : Anthropometry	
4	Grösse, Gewicht, Taillen-, Hüft- und Halsumfang
	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
Verwendetes Gerät - Gewicht:	<input type="checkbox"/> CRC-WE01 <input type="checkbox"/> Bern-WE01
Verwendetes Gerät – Grösse :	<input type="checkbox"/> CRC-HE01 <input type="checkbox"/> Bern-HE01
Verwendetes Gerät – Massband :	<input type="checkbox"/> SHES-TM01 <input type="checkbox"/> SHES-TM02 <input type="checkbox"/> SHES-TM01-Bern
Halsumfang : ___._ cm (z.B. 27.8)	Grösse: ___._ cm (z.B. 178.5)
Gewicht ___._ kg (z.B. 80.4)	Taillenumfang:: ___._ cm (z.B. 50.2)
Hüftumfang: ___._ cm (z.B. 100.1)	
BMI	_____
Notizen / Kommentare:	_____

Instrument : BIA	
5	Bioelektrische Impedanz Analyse- BIA
<i>Gemäss PEF – Screening questionnaire erscheint der folgende Text auf REDCap :</i>	
BIA: Der/die Teilnehmer/in kann an diesem Test nicht teilnehmen.	
	<input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt
a Verwendetes BIA Gerät:	<input type="checkbox"/> SHES-BIA01 <input type="checkbox"/> SHES-BIA02 <input type="checkbox"/> SHES-BIA01-Bern
b Raumtemperatur:	_____ C°
Notizen / Kommentare:	_____

Instrument : Blood Samples PoC

6

Entnahme von Kapillarblut und HbA1c, Lipidtest und FTA Karte

a Pflegefachperson / FW ID _____ (FW ID)

ALERE HbA1c Test

Entnahme von Kapillarblut am Finger 1

- b Test durchgeführt Nein Ja
- b Verwendetes Gerät: SHES-AL01L
 SHES-AL02L
 SHES-AL01-Bern
- b Piks 1 rechts links
- b Zeitpunkt HbA1c Test __ : __ (HH :MM)

b ERGEBNISSE

HbA1c _____ %

Schwierigkeiten beim HbA1c Test _____
Kommentare _____

Entnahme von Kapillarblut am Finger 2

- c Test durchgeführt Nein Ja
- c Piks 2 rechts links
- c Zeitpunkt Lipidtest __ : __ (HH :MM)
- c Verwendetes Gerät: SHES-AL01L
 SHES-AL02L
 SHES-AL01-Bern

c ERGEBNISSE

Gesamtcholesterol _____ mmol/L

LDL cholesterol _____ mmol/L

HDL cholesterol _____ mmol/L

Triglyceride _____ mmol/L

Non-HDL cholesterol _____ mmol/L

Cholesterol / HDL _____

Schwierigkeiten beim Lipidtest _____
Kommentare _____

Notizen / Kommentare: _____

Instrument : Spirometry

7 Spirometrie

Gemäss PEF – Screening questionnaire erscheint der folgende Text auf REDCap :

Spirometrie : **Teilnehmer/in kann an dem Test nicht teilnehmen.**

Nicht durchgeführt

Verwendetes Gerät:

SHES-SP01L

SHES-SP01-Bern

b Start der Untersuchung: ___ : ___ (H :M) (Zeit Format: 24:00)

Raumtemperatur: _____.__ °C (Take the info from your "weather station")

d Luftfeuchtigkeit: _____ % (Take the info from your "weather station")

e Luftdruck: _____ hPa (Take the info from your "weather station")

Sind die Spirometriewerte im normalen Bereich?

Ja

Nein

Notizen / Kommentare: _____

Instrument : OPEA (nur Lausanne)

Test OPEA

Nicht durchgeführt

Start der Untersuchung: ___-___-___ ___:___:___ (D-M-Y H : M :S)

Instrument : Qs completion

8 Zum Schluss noch Vervollständigen von pre-Assessment Tagebüchern & Fragebögen:

Vervollständigt oder schon vorher vollständig

nicht vervollständigt aus folgenden Gründen (siehe Kommentare)

Notizen / Kommentare: _____

Instrument : Accelerometry

9

Akzelerometer

9. Akzelerometer

a Hat der/die Teilnehmer/in ein Akzelerometer erhalten? Ja
 Nein
 Kein Akzelerometer verfügbar

Erstelle Contact Activity - Accelerometer Registration

b Wurde die Contact Activity erstellt? Ja
 Nein

Notizen / Kommentare: _____

Instrument : MyFoodRepo

MyFoodRepo app

MyFoodRepo app

a Hat der/die Teilnehmer/in eingewilligt, die App MyFoodRepo app während 8 aufeinanderfolgenden Tagen zu benutzen? Ja → **Identifikationscode auf der website MFR generieren**
 Nein
 Die app wurde dem/der Teilnehmer/in nicht vorgeschlagen (Gründe dafür bitte im Kommentar angeben)

Falls Ja :

b Wurde ein Identifikationscode für den/die Teilnehmer/in generiert? Ja
 Nein

MFR Identifikationscode : _____

Angestrebtes Startdatum für App-Gebrauch: ___-__-__

Angestrebtes Enddatum für App-Gebrauch: ___-__-__

Notizen / Kommentare: _____

Bitte den MFR Identifikationscode auf die MyFoodRepo-Anleitung übertragen, die dem/der Teilnehmer/in mitgegeben wird.

Instrument : Communication

Übersicht über die abgegebenen Messergebnisse

10 Auswahlkriterien für die Selenium-Studie erfüllt ?

Hat der/die Teilnehmer/in eingewilligt, den Se-Fragebogen auszufüllen?

- Ja → In the PMT details of the participant, you may now click on "Add participant to Selenium"
- Nein
- Auswahlkriterien nicht erfüllt
- nicht anwendbar

11

Abgegebene individuelle Messergebnisse und Materialien

- Gesundheitsuntersuchung
- BIA Ergebnisse
- Lungenfunktionsmessung / Spirometrie
- Akzelerometer
- MyFoodRepo Anleitung
- Flyer Selenium (nur Lausanne)
- Teilnahmezertifikat
- Keine
- Laborergebnisse werden zugeschickt

Bitte ankreuzen, falls der/die Teilnehmer/in die Laborergebnisse zugeschickt bekommen möchte

12 Incidental Findings Registration

Notizen / Kommentare:



Ihr möglicher Beitrag (A2)

Gespräch während des Studienbesuchs

1	Können Sie sich vorstellen, dass auch andere Familienmitglieder oder Freunde von Ihnen daran interessiert sind, an einer Gesundheitsstudie teilzunehmen?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht

2	Wären Sie dazu bereit, mit Ihrem minderjährigen Kind (falls es einverstanden ist) in ein Studienzentrum in Ihrer Umgebung zu kommen, um es kurz untersuchen zu lassen?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht

3	Wären Sie dazu bereit, Ihr Haustier beim Tierarzt untersuchen zu lassen, um den Zusammenhang zwischen der Gesundheit von Mensch und Tier zu verstehen?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht

4	Wie stehen Sie zur Benutzung von Apps? Können Sie sich vorstellen, via App auf Ihrem Smartphone Ihre Bewegungen und Ihre Ernährung aufzuzeichnen?
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht

5	Wären Sie dazu bereit, mittels GPS Ihren Standort an einem typischen Tag aufzuzeichnen? <i>Die Daten werden für Studien zu Lärm, Luftverschmutzung und Chemikalien benötigt. Die Auswertung erfolgt nicht in Echtzeit.</i>
	<input type="checkbox"/> Ja
	<input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Weiss nicht

6	In welchem Zeitabstand wären Sie dazu bereit, weitere Fragebögen zu beantworten?
<input type="checkbox"/>	Halbjährlich
<input type="checkbox"/>	Jährlich
<input type="checkbox"/>	alle 2 Jahre
<input type="checkbox"/>	alle 5 Jahre
<input type="checkbox"/>	Ich möchte keine weiteren Fragebögen beantworten

7	In welchem Zeitabstand wären Sie dazu bereit, sich erneut untersuchen zu lassen und biologisches Material zu spenden?
<input type="checkbox"/>	Jährlich
<input type="checkbox"/>	alle 2 Jahre
<input type="checkbox"/>	alle 5 Jahre
<input type="checkbox"/>	alle 10 Jahre
<input type="checkbox"/>	Ich möchte an keiner weiteren Untersuchung teilnehmen

8	Wären Sie dazu bereit, einfache Untersuchungen (z.B. Blutdruck- und Blutzuckermessungen) monatlich in einer Apotheke Ihrer Wahl durchführen zu lassen?
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Weiss nicht

9	Wären Sie dazu bereit, weitere Messungen mit einem Messgerät zu Hause durchzuführen (z. B. Herzfrequenzmessgerät)?
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Weiss nicht

10	Können Sie sich vorstellen, an einer grossen Schweizer Gesundheitsstudie (mehr als 100 000 Freiwillige) teilzunehmen?
<input type="checkbox"/>	Ja
<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	Weiss nicht

