

Transport Personnel Health Cohort Study (TRAPHEAC)

Fragebogen Baseline

Inhaltsverzeichnis

<i>[IT service]</i> Identifizierende und geografische Daten	2
<i>[Start Suche]</i> Persönliche Informationen.....	4
TEIL A: Ihre berufliche Laufbahn.....	6
A.1 Ihr beruflicher Werdegang	6
A.2 Ihre Arbeitsbedingungen	13
TEIL B : Ihre Gesundheit.....	23
TEIL C : Ihr Lebensgleichgewicht	63
<i>[Ende der Suche]</i> Ihre Präferenzen für die TRAPHEAC-Kohorte und Ihre Erwartungen	82

[IT service] Identifizierende und geografische Daten

EINIGE FRAGEN ZU IHNEN

Um die Studie erfolgreich durchführen zu können, bitten wir Sie, einige Identifikationsdaten anzugeben. Diese Informationen sind wichtig, um die Zuverlässigkeit der Analysen zu gewährleisten und Ihre Teilnahme an der Studie zu vereinfachen.

Die Identifikationsdaten, die Ihren Namen, Vornamen, Ihr Geburtsdatum, Ihre Adresse und idealerweise Ihre AHV-Nummer umfassen, werden vom Bundesamt für Statistik (BFS) verwendet, um die Daten genau und fehlerfrei zuzuordnen. Dieser Ansatz soll Ihre Teilnahme erleichtern, indem die Anzahl und die Komplexität der gestellten Fragen begrenzt werden.

Die Identifikationsdaten werden von der IT-Abteilung von Unisanté gespeichert und gesichert. Genauer gesagt, werden sie unter strengen Sicherheitsvorkehrungen auf einem dafür vorgesehenen, sicheren Server in der Schweiz gespeichert und gepflegt, der nur für technische Zwecke von befugten Fachleuten verwaltet wird. Nur diese Personen können im Rahmen der IT-Verwaltung auf Ihre Daten zugreifen (z. B. Wartungsarbeiten, Verwaltung des Portals). Der gesamte Prozess wurde von der zuständigen Ethikkommission (CER-VD) genehmigt, wodurch die Einhaltung ethischer Standards und die Vertraulichkeit Ihrer Informationen gewährleistet werden.

Ihnen werden zwei persönliche, eindeutige und identifikationslose Teilnehmernummern zugeteilt. Die erste dient der technischen Überwachung und wird von der IT-Abteilung von Unisanté verwaltet. Die zweite Nummer ist die während der Studie verwendete Kennung. Nur das BFS hat die Möglichkeit, diese Studien-ID mit Ihren identifizierenden Informationen abzugleichen.

Wir möchten Sie daran erinnern, dass Ihre Antworten streng vertraulich behandelt werden. Die Wissenschaftler, die die Analysen durchführen, haben keinen Zugang zu Ihren identifizierenden Daten. Keines der individuellen Ergebnisse wird veröffentlicht oder weitergegeben.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 45-60 Minuten. Wir bitten Sie, jeden Teil so gut wie möglich auszufüllen. Es steht Ihnen frei, nicht alle Fragen zu beantworten, aber der Wert der Ergebnisse dieser Umfrage hängt vor allem davon ab, dass die gesammelten Informationen so vollständig wie möglich sind.

1. Wie lautet(n) Ihr(e) Name(n)?

2. Wie lautet(n) Ihr(e) Vorname(n)?

3. Wie lautet Ihr Geburtsdatum?

. .

Tag

Monat

Jahr

4. Wie lautet Ihre derzeitige Adresse?¹ (Dropdown-Liste)

¹ Diese Frage benötigen wir, um zu erfahren, wie viel Radon im Boden Ihrer Wohnung vorhanden ist. Radon ist ein natürlich vorkommendes Element in der Erde, aber seine Konzentration kann je nach geografischer Region variieren.

Strasse

N°

Stockwerk in Bezug auf das Erdgeschoss:

-6+	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+
<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"/>

Ergänzung der Adresse

Postleitzahl

Ort

Kanton

5. Wie lautet Ihre AHV-Nummer?

. . .

[Start Suche] Persönliche Informationen

EINIGE FRAGEN ZU IHNEN

Diese Informationen sind **unerlässlich**, um die Ergebnisse der Umfrage zu verstehen. Sie werden **nicht einzeln betrachtet**, sondern mit den Antworten aller Teilnehmer/innen zusammengefasst. Dies ermöglicht uns, Gruppenanalysen nach den unten aufgelisteten Kriterien durchzuführen.

1. Welches (biologische) Geschlecht haben Sie?

- ☐ Mann ☐ Frau

2. Wenn Sie sich in einem anderen Geschlecht wiedererkennen, geben Sie es bitte an:

3. Wie ist Ihr Zivilstand?

- ☐ Ledig ☐ Verheiratet ☐ Geschieden ☐ Verwitwet
☐ Nicht verheiratet - in einer eingetragenen Partnerschaft gebunden
☐ Partnerschaft gerichtlich aufgelöst
☐ Durch Tod aufgelöste Partnerschaft
☐ Partnerschaft nach Verschollenerklärung aufgelöst

4. Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss? (nur eine Antwort)

- ☐ Primarschule/Sekundarstufe I ☐ Höhere Bildung: Bachelor/Diplom
☐ Gymnasiale Maturität ☐ Höhere Bildung: Master/Lizenz
☐ EFZ / Lehre / ☐ Höhere Bildung: Doktorat/PhD
Berufsmaturität

5. Haben Sie eine Lehre gemacht?

- ☐ Ja ☐ Nein

5.1 In welchem Beruf?

6. Hatten Sie vor Ihrer Tätigkeit als Busfahrer/in eine andere berufliche Tätigkeit?

- ☐ Ja ☐ Nein

6.1 Wenn ja, welche?

Berufliche Tätigkeit: _____

6.2 In welcher Branche?

Sektor der Tätigkeit : _____

7. Sind Sie noch aktiv als Busfahrer/in tätig?

☐ Ja ☐ Nein => Teil A.2 Arbeitsbedingungen entfernen

8. Wenn nein, sind Sie derzeit beruflich aktiv?

☐ Ja ☐ Nein => Teil C, Q3 entfernen

8.1 Wenn ja, was ist Ihre derzeitige Tätigkeit?

Berufliche Tätigkeit: _____

8.2 In welcher Branche?

Sektor der Tätigkeit : _____

8.3 Wann haben Sie Ihre Tätigkeit als Busfahrer/in beendet?

_____ (TT:MM:JJ)

TEIL A: Ihre berufliche Laufbahn

Wir beginnen damit, Ihnen einige Fragen zu Ihrem beruflichen Werdegang zu stellen. Die Fragen werden sich auf das Unternehmen beziehen, für das Sie derzeit arbeiten oder in der Vergangenheit gearbeitet haben, sowie auf die Busmodelle, die Sie verwenden oder verwendet haben. Bitte beantworten Sie jede Frage so genau wie möglich.

A.1 Ihr beruflicher Werdegang

EINIGE FRAGEN ZU IHRER BERUFLICHEN LAUFBAHN

Erstes Fahrzeug

1. In welchem Unternehmen arbeiten Sie derzeit oder haben Sie zuletzt gearbeitet? (nur eine Antwort)

3, Aargau Verkehr (AVA) | 4, Busbetrieb Aarau AG (BBA) | 5, Aare Seeland mobil | 6, Autolinea Mendriense (AMSA) | 7, Autolinee Bleniesi SA (ABL) | 8, Auto AG Group (AAGR) | 9, Auto AG Schwyz | 10, Auto Ag Uri | 11, Autobetrieb Sernftal | 12, Autobetrieb Weesen-Amden (AWA) | 13, Autobus AG Liestal (AAGL) | 14, Autokurse Oberthurgau (AOT) | 15, Autolinee Regionali Luganesi (arl) | 16, Automobilverkehr Frutigen-Adelboden (AFA) | 17, Baselland Transport (BLT) | 18, Basler Verkehrsbetriebe (BVB) | 19, Bernmobil | 20, Busbetrieb Seetal Freiamt (BSF) | 21, BUS Ostschweiz AG (BO) | 22, Busse sédunois | 23, Busbetrieb Grenchen und Umgebung (BGU) | 24, Bus Sarganserland-Werdenberg (BSW) | 25, Busbetrieb Linchtensteig-Wattwil-Ebnat-Kappel (blwe) | 26, Busbetrieb Olten Gösgen Gäu (BOGG) | 27, Busbetrieb Solothurn und Umgebung (BSU) | 28, Busland AG Langnau Burgdorf (BLS) | 29, Chemin de fer du jura | 30, Compagnie de Chemin de fer et d'autobus Sierre-Montana-Crans SA (SMC) | 31, Engadin Bus | 32, Ferrovie Autolinee Regionali Ticinesi (FART) Locarno | 33, GEM'Bus | 34, Genève tour (G-tour) | 35, Globe Limo | 36, Odier Excursion | 37, Pfsi Arosa Bus AG | 38, PostAuto Schweiz AG (Carpostal) | 39, Ratpdev | 40, RDTA | 41, Regiobus AG Gossau (Regio) | 42, Regionalbus Lenzburg (RBL) | 43, Regionale Verkehrsbetriebe Baden-Wettingen (RVBW) | 44, Regionale Verkehrsbetriebe Schaffhausen RVSH | 45, Rottal Auto AG | 46, SBB-Bus Zofingen/Reiden | 47, Schneider Busbetriebe | 48, Seebus | 49, Sihltal Zürich Uetliberg Bahn AG (SZU) | 50, Stadtbus Chur | 51, Stadtbus Frauenfeld | 52, Stadtbus Kreuzlingen | 53, Stadtbus Winterthur (SW) | 54, STI Bus AG | 55, Tellbus Altdorf-Luzern | 56, Transports de la région Morges-Bière-Cossonay (MCB) | 57, transports Martigny Région (TMR) | 58, Transports publics de la région lausannoise (tl) | 59, Transports publics de la région yvernoise (tpn) | 60, Transports publics du Chablais (TPC) | 61, Transports publics fribourgeois (TPF) | 62, Transports publics genevois (TPG) | 63, Transports publics neuchâtelois (TransN) | 64, Transports urbains delémontains (TUD) | 65, Transports Vallée de Joux, Yverdon-les-Bains, Saint croix (Travys) | 66, Trasporti Pubblici Luganesi (TPL) | 67, Verkehrsbetriebe Zürich (VBZ) | 68, Verkehrsbetriebe Biel (TpB) | 69, Verkehrsbetriebe Davos (VBD) | 70, Verkehrsbetriebe Glattal AG (vbg) | 71, Verkehrsbetriebe Luzern (vbl) | 72, Verkehrsbetriebe Schaffhausen (vbsh) | 73, Verkehrsbetriebe St. Gallen (VBSG) | 74, Verkehrsbetriebe Zürichsee und Oberland (VZO) | 75, Vevey-Montreux-Chillon-Villeneuve (VMCV) | 76, WilMob AG (Wilmob) | 77, Zugerland Verkehrsbetriebe AG (zvb) | 78, Regionalverkehr Bern-Solothurn (RBS) | 79, Andere

1.1 Wenn anderes Unternehmen, bitte angeben:

.....

2. Wann haben Sie begonnen, dort zu arbeiten? (Ungefähres Datum)

□□ . □□□□

Monat Jahr

3. Arbeiten Sie oder haben Sie dort Vollzeit gearbeitet (Beschäftigungsgrad 100%)?

☐ Ja

☐ Nein

3.1 Wenn nein, mit welchem Beschäftigungsgrad arbeiten Sie dort oder haben Sie dort gearbeitet?

☐☐ %

4. Welche Marke hat der Bus, den Sie derzeit in diesem Unternehmen fahren oder am häufigsten gefahren haben? (nur eine Antwort)

1, Alexander Denis | 2, Berliert | 3, Berna | 4, Beulas | 5, BOVA/ VDL | 6, BredaMenarinibus | 7, Büssing | 8, FBW | 9, FHS | 10, FIAT | 11, Ford | 12, Hess | 13, Heuliez | 14, Irisbus-Iveco | 15, Irizar | 16, K-Bus / Kutsenits | 17, Magirus-Deutz | 18, MAN | 19, Mercedes-Benz | 20, NAW | 21, Neoplan | 22, Opel | 23, Renault | 24, Saurer | 25, Scania | 26, Setra | 27, Solaris | 28, Temsa | 29, Van Hool | 30, Vetra | 31, Volvo | 32, Andere

5. Was ist der Typ des Fahrzeugs?

- ☐ Mini ☐ Midi und Standard (8-15 m) ☐ Artikuliert
☐ Bi-artikuliert ☐ A Imperial (Zwei Stockwerke)

6. Welche Art von Motorisierung hat das Fahrzeug?

- ☐ Thermisch (Diesel) ☐ Hybrid ☐ Elektrisch ☐ Trolley

7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (nur eine Antwort)

- 7.1 Wenn Marke 1, Alexander Denis: 1, Enviro 500 | 2, Andere
- 7.2 Wenn Marke 2, Berliert: 1, 1EH 100 S | 2, PH100 | 3, Andere
- 7.3 Wenn Marke 3, Berna, wenn gelenkig, wenn Trolley: 1, typ 4GTP | 2, Andere
- 7.4 Wenn Marke 3, Berna, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, L4U | 2, 2 H | 3, Andere.
- 7.5 Wenn Marke 3, Berna, wenn Midi und Standard, wenn Trolley: 1, L4U | 2, Typ 4 TPA | 3, Andere.
- 7.6 Wenn Marke 3, Berna: 1, Sonstige
- 7.7 Wenn Marke 4, Beulas: 1, Spica | 2, Cygnus | 3, Andere
- 7.8 Wenn Marke 5, BOVA, wenn Midi und Standard, wenn Thermisch: 1, Futura | 2, Futura 365PR | 3, Futura 340 | 4, Futura 380 | 5, MAGIQ 380 | 6, Andere
- 7.9 Wenn Marke 6, BredaMenarinibus, wenn Mini, wenn elektrisch: 1, BredaMenarinibus Zeus | 2, Andere
- 7.10 Wenn Marke 7, Büssing: 1, BS 110 DD | 2, Sonstige
- 7.11 Wenn Marke 8, FBW, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, (B) 51 U manuell | 2, (B) 51 U | 3, 51 UV | 4, 50U | 5, 5 Alpenwagen 40 VH-R, 40 (ab1963) | 6, 91 U | 7, 71 U | 8, 40 VH-R (ab 1978) | 9, Andere.
- 7.12 Wenn Marke 8, FBW, wenn Midi und Standard, wenn Trolley: 1, Typ 51 | 2, 71 U | 5, 50 ON-CH | 3, Andere.
- 7.13 Wenn Marke 8, FBW, wenn Gelenk, wenn thermisch: 1, 91 UA | 2, 91 G (L) | 3, Andere.
- 7.14 Wenn Marke 8, FBW, wenn Gelenk, wenn Trolley: 1, GTR 51 | 2, Flipperkasten | 3, APG | 4, 91 GTL | 5, Andere.
- 7.15 Wenn Marke 8, FBW, wenn Doppelgelenk: 1, 91 GTS | 2, Andere.
- 7.16 Wenn Marke 8, FBW: 1, Andere
- 7.9 Wenn Marke 9, FHS: 1, FHS KA-7.124 (Juniorbus Typ II) | 2, Andere.
- 7.10 Wenn Marke 10, FIAT: 1, 416A | 2, City 21 | 3, Ducato (2.8 JTD).
- 7.11 Wenn Marke 11, Ford: 1, Ford Transit 2.0 | 2, Sonstige
- 7.12 Wenn Marke 12, Hess, wenn Midi und Standard, wenn Thermisch: 1, SwissDiesel | 2, SwissDiesel (BD-N1A) (ab 2012) | 3, SwissDiesel (BD-N1A-T) (ab 2015) | 4, Andere
- 7.13 Wenn Marke 12, Hess, wenn Midi und Standard, wenn Elektrisch: 1, LightTram 10 Plug | 2, LightTram 12 Plug | 3, Andere.
- 7.14 Wenn Marke 12, Hess, wenn Gelenk, wenn Trolley: 1, SwissTrolley 2 (BGT-N2) (ab 1996) | 2, SwissTrolley 3 (BGT-N2C) (ab 2004) | 3, SwissTrolley 4 (BGT N2D) (ab 2012) | 4, SwissTrolley 5 / LighTram 19 (BGT-N2D) (ab 2017) | 5, Andere.
- 7.15 Wenn Marke 12, Hess, wenn Gelenkt, wenn elektrisch: 1, LighTram 19 | 2, Andere.
- 7.16 Wenn Marke 12, Hess, wenn Doppelgelenk, wenn Trolley: 1, DGT LighTram3 (BGGT-N2C) | 2, LighTram5 (DGGT-N2) | 3, Andere.
- 7.17 Wenn Marke 12, Hess, wenn Doppelgelenk, wenn elektrisch: 1, LighTram 25 | 2, Andere.
- 7.18 Wenn Marke 12, Hess, wenn Knickgelenk, wenn Hybrid: 1, SwissHybrid | 2, Andere.
- 7.19 Wenn Marke 12, Hess: 1, Sonstige ?
- 7.20 Wenn Marke 13, Heuliez, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, GX117 | 2, GX127 | 3, GX137 | 4, GX327 | 5, Andere.
- 7.21 Wenn Marke 13, Heuliez, wenn Gelenk, wenn thermisch: 1, GX427 | 2, Andere.
- 7.22 Wenn Marke 13, Heuliez: 1, Andere.
- 7.23: Wenn Marke 14, Irisbus-Iveco, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, Iliade | 2, Agora S | 3, Evadys H | 4, Crossway (2009) | 5, Crossway (Pro) (2014) | 6, Arway | 7, Citelis | 8, Crossway LE | 9, Rapido Facelift | 10, Daily 70C21.
- 7.24 Wenn Marke 14, Irisbus-Iveco, wenn Mini, wenn Verbrennungsmotor: 1, Daily 35-10 (1994) | 2, Daily (2001) | 3, Rapido | 4, Daily (2015) | 5, Andere.
- 7.25 Wenn Marke 14, Irisbus-Iveco, wenn Knickgelenk: 1, Citelis 18 | 2, Andere
- 7.26 Wenn Marke 14, Irisbus-Iveco: 1, Sonstige
- 7.27 Wenn Marke 15, Irizar: 1, ie Tram 12 | 2, ie Tram 18.
- 7.28 Wenn Marke 16, K-Bus / Kutsenits: 1, Kutsenits City III T4 | 2, Kutsenits City VII | 3, K-Bus City VIII.

- 7.29 Wenn Marke 17, Magirus-Deutz : 1, Magirus-Deutz 130L81 | 2, Andere.

- 7.30 Wenn Marke 18, MAN, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, SL 200 | 2, SL 202 | 3, SM 182 | 4, NM 182 | 5, NM 192/ UM 192 | 6, 13. 230 HOCL | 7, NL 202 | 8, Lion's City (1998) | 9, Lion's City (2003) | 10, Lion's City (2007) | 11, Lion's City (2011) | 12, Lion's City M | 13, Lion's City Ü | 14, Lion's Coach | 15, Lion's City C | 16, Lion's Intercity | 17, Sonstige.

- 7.31 Wenn Marke 18, MAN, wenn Midi und Standard, wenn Hybrid: 1, Lion's City NL 253 Hybrid (2012) | 2, Lion's City 12 C Efficient Hybrid | 3, NL 330 | 4, Andere.

- 7.32 Wenn Marke 18, MAN, wenn Midi und Standard, wenn elektrisch: 1, Lion's City 12 C Electric | 2, Andere.

- 7.33 Wenn Marke 18, MAN, wenn A Imperial, wenn elektrisch: 1, Lion's City DD | 2, Andere.

- 7.34 Wenn Marke 18, MAN, wenn Knickgelenk, wenn thermisch: 1, SG 280 H | 2, SG 292 | 3, Lion's City G (1998) | 4, Lion's City G (2005) | 5, Lion's City G (2007) | 6, Lion's City G (2013) | 7, Lion's City GXL (NG 353-20.5m) | 8, Lion's City GL | 9, Lion's City G/GL/GLE (2019) | 10, Andere.

- 7.35 Wenn Marke 18, MAN, wenn Knicklenker, wenn Hybrid: 1, Lion's City Hybrid G | 2, Lion's City 18 C Efficient Hybrid | 3, Sonstige

- 7.36 Wenn Marke 18, MAN, wenn Knicklenker, wenn elektrisch: 1, Lion's City 18 C Electric | 2, Sonstige

- 7. 37 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Midi und Solo, wenn mit Verbrennungsmotor : 1, O 302 | 2, O 305 | 3, O 309 D | 4, O 405 generation 1 | 5, O 405 generation 2 | 6, O 405 N | 7, O 405 N2 CNG | 8, O 405 generation 2 | 9, O 550 | 10, O 530 | 11, O 530 facelift | 12, Travego | 13, Citaro K | 14, Citaro | 15, Citaro LE | 16, Citaro LEÜ | 17, Intouro | 18, Turismo | 19, Citaro phase 2 | Citaro phase 3 | 20, Citaro K phase 2 | 21, Citaro K phase 3 | 22, Andere.

- 7.38 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Midi und Solo, wenn Hybrid: 1, O 530 BH (2011) | 2, Citaro Hybrid | 3, Citaro K Hybrid | 4, Andere.

- 7.39 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Midi und Solo, wenn elektrisch: 1, eCitaro | 2, Andere.

- 7.40 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Midi und Solo, wenn Dualmodus: 1, O 520 Cito | 2, Sonstige

- 7.41 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Knickgelenk, wenn mit Verbrennungsmotor: 1, O 305 G | 2, O 405 G | 3, O 405 GN | 4, O 530 G (1998) | 5, O 530 G (2001) | 6, O 530 G (2007) | 7, Citaro G | 8, Citaro G Gaz | 9, Citaro G Facelift (2012) | 10, Citaro G Phase 2 (2016) | 11, Andere.

- 7.42 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Knickgelenk, wenn Hybrid: 1, Citaro G DH (2010) | 2, Citaro G Hybrid | 3, Sonstige

- 7.43 Wenn Marke 19, Merceds-Benz, wenn Knickgelenk, wenn Trolley: 1, O 305 GT | 2, O 405 GTZ | 3, Andere

- 7.44 Wenn Marke 20, NAW, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, BH 2 | 2, BH4-23 | 3, BH 4 | 4, VU4-23 | 5, BU 5-25 | 6, Andere.

- 7.45 Wenn Marke 20, NAW, wenn Gelenkig, wenn Thermik: BGU-25 | 2, Andere.

- 7.46 Wenn Marke 20, NAW, wenn Midi und Standard, wenn Trolley: 1, 91 T | 2, BT 5-25 | 3, Andere.

- 7.47 Wenn Marke 20, NAW, wenn Artüüé, wenn Trolley: 1, BGT 5-25 | 2, BBC-SE | 3, SwissTrolley 1 (BGT-N) | 4, SwissTrolley 2 (BGT-N2) (1997) | 5, BGT-N (2003) | 6, Andere.

- 7.48 Wenn Marke 20, NAW: 1, Andere

- 7.49 Wenn Marke 21, Neoplan: 1, N 4009 | 2, Centroliner Evolution N 4516 | 3, Centroliner N 4412 | 4, N 208 Jetliner | 5, N 316 U | 6, N 4416 ü | 7, N 4426/3L | 9, N 6020 | 8, N 6121 | 9, NGT 204F | 10, Skyliner | 11, Starliner | 12, Andere.

- 7.50 Wenn Marke 21, Neoplan, wenn Gelenkt, wenn Trolley: 1, N 6020 | 2, Andere.

- 7.51 Wenn Marke 21, Neoplan, wenn Gelenk, wenn thermisch: 1, N 4021 | 2, Centroliner (N 4421) | 3, N4522 | 4, Sonstige

- 7.52 Wenn Marke 21, Neoplan, wenn Knickgelenk, wenn Zweimannbetrieb: 1, N 6121 | 2, Andere.

- 7.53 Wenn Fabrikat 21, Neoplan, wenn A imperial, wenn thematisch: 11, N4522/3 Centroliner Evolution | 2, Centroliner (N 4026/3) | 3, N 1122/3C | 4, Andere.

- 7.54 Wenn Marke 22, Opel: 1, Movano 23 D MV/35 | 2, Movano 25 TD | 3, Sonstige

- 7.55 Wenn Marke 23, Renault, wenn Midi und Standard, wenn thermisch: 1, Agora | 2, Iliade | 3, R312 | 4, Ares | 5, Mascott 150.65 | 6, Mascott 160.65 | 7, Andere

- 7.56 Wenn Marke 23, Renault, wenn Mini, wenn Verbrennungsmotor: 1, Master Dci 125 | 2, Master DCI 150 | 3, Master T35 | 4, Master T39 dci 125 | 5, Trafic | 6, Aute

- 7.57 Wenn Marke 23, Renault: 1, Andere

- 7.58 Wenn Marke 24, Saurer : 1, 2AE | 2, 4 BPO BL | 3, 4 TP | 4, Car Alpin S4C | 5, 4ZP CT2D-L | 6, N2C-H | 7, 2H | 8, L 4 C | 9, 4IILM | 10, V 2 H-48 | 11, SV 2 CK ... H | 12, Alpenwagen IV (3-DUX) | 13, 5 DUK | 14, 5 GUK-A | 15, 3 DUK-50 ""Alpenwagen"" | 16, SLK 5 | 17, OM LC1 Tigrotto | 18, RH 525-23 | 19, SH 560-25 | 20, K500 | 21, GT 560/640-25 | 22, GT 560 / 620-25 | 23, RH

- 7. 59 Wenn Marke 25, Scania : 1, N112 | 2, NUA | 3, Citywide CN 320 UB CNG | 4, Citywide N 320 | 5, Citywide N 320 A | 6, ""ElektrobusCitywide BEV | 7, C 250E"" | 8, K 280 UB (SwissDiesel) | 9, K 320 UB SwissAlpin | 10, L 94 UA | 11, N 112 A | 12, N 310 UA | 13, N 320 SwissMidi | 14, N 94 UB | 15, N 94 UB DC 906.

- 7. 60 Wenn Marke 26, Setra : 1, S 215 UL | 2, S 215 HD | 3, S 315 H | 4, S 315 NF | 5, S 315 UL | 6, S 319 | 7, S 411 HD | 8, S 412 UL | 9, S 415 GT-HD | 10, S 415 H | 11, S 415 NF | 12, S 415 UL | 13, S 416 HDH | 14, S 431 DT | 15, S 511 | 16, S 515 HD | 17, S 516 HDH | 18, S 517 HD | 19, S 531 DT | 15, S 511 | 16, S 515 HD | 17, S 516 HDH | 18, S 517 HD | 19, S 531 DT.

- 7.61 Wenn Marke 27, Solaris: 1, Alpino 8.6 | 2, Trollino 12 AC | 3, Trollino 18 AC | 4, Urbino 10 | 5, Urbino 12 | 6, Urbino 12 LE | 7, Urbino 18 | 8, Urbino 8.6 | 9, Urbino 8.9 | 10, Urbino 8.9 LE | 11, Urbino 8.9 LE elektrisch | 12, Urbino H18

- 7.62 Wenn Marke 28, Temsa: 1, TEMSA Opalin 9 | 2, Andere.

- 7. 63 Wenn Marke 29, Van Hool : 1, A 138 | 2, A120 | 3, A500 | 4, A508 | 5, AG300 T | 6, 308/9 | 7, A360 | 8, A308L | 9, AG300 | 10, A330 | 11, new A300 | 12, new AG300 | 13, new 330 CNG | 14, new A330 | 15, newA308 | 16, new AGG300 | 17, new A330N | 18, ExquiCity 18 | 19, ExquiCity 12 | 20, Astromegea.

- 7.64 Wenn Marke 30, Vetra : 1, Vétra-Renault VCR | 2, Vétra-Berliet VBBhf ELRc | 3, Trolley | 4, Vétra-Berliet VBH 85 EH.

- 7. 65 Wenn Marke 31, Volvo : 1, 7700 | 2, 8700 | 3, 9700 | 4, B 58 A | 5, 7000 A | 6, 7700 A | 7, 7700 Hybrid | 8, 7900 Electric Hybridbus | 9, 7900 HA | 10, 8700 LE | 11, 8700 LEA | 12, B 10 LA | 13, B 10 M | 14, B 10 M A | 15, B 58 | 16, B 58-55 A | 17, B 58-55T/58 | 18, B 6 L | 19, B 609 | 20, B 6BLE | 21, B 7 L | 22, B 7 LA | 23, B9L /G | 24, Hainje 13 | 25, Hainje 8. 2 (B59) | 26, Hybrid 7900H.

- 7.66 Wenn Marke 32, Andere: _____ (Freies Feld)

8. Wann haben Sie begonnen, diesen Bus zu fahren? Ungefährs Datum

.

Monat Jahr

9. Welche Art von Dienst machen Sie oder haben Sie mit diesem Bus gemacht? (Nur eine Antwort)

☐ Städtisch ☐ Ländlich ☐ Gemischt

9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren haben. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)

%

10. Fahren oder fuhren Sie parallel dazu einen anderen Bus oder Trolleybus?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher ja unter F 10: Zusätzliches Fahrzeug 1

10.1. Wie oft fahren oder fuhren Sie dieses Fahrzeug? Bitte geben Sie die Anzahl Halbtage pro Woche an (um die Fahrquote zu ermitteln).

☐ 6 (60%) ☐ 5 (50%) ☐ 4 (40%) ☐ 3 (30%) ☐ 2 (20%) ☐ 1 (10%) ☐ <1 (<10%) ☐ Andere

10.1.1 Falls andere, bitte angeben: Halbtage pro Woche

10.2 WIEDERHOLEN :

- 4. Welche Marke hat der Bus, den Sie derzeit in diesem Unternehmen fahren oder am häufigsten gefahren haben?
- 5. Wie gross ist die Begrenzungslinie des Fahrzeugs?
- 6. Welche Art von Motorisierung hat dieses Fahrzeug?
- 7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (Nur eine Antwort)
- 8. Wann haben Sie begonnen, diesen Bus zu fahren? Ungefähres Datum
- 9. Welche Art von Dienst machen Sie oder haben Sie mit diesem Bus gemacht? (nur eine Antwort)
- 9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren sind. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)
- 10. Fahren oder fuhren Sie parallel dazu einen anderen Bus oder Trolleybus?

Wenn vorher ja unter F 10: Zusätzliches Fahrzeug 2

WIEDERHOLEN :

- 10.1. Wie oft fahren oder fuhren Sie dieses Fahrzeug in Form von halben Tagen pro Woche, um die Fahrquote zu ermitteln?
- 10.1.1 Falls andere, bitte angeben :
- 4. Welche Marke hat der Bus, den Sie zurzeit am häufigsten fahren oder gefahren sind?
- 5. Wie gross ist die Begrenzungslinie des Fahrzeugs?
- 6. Welche Art von Motorisierung hat dieses Fahrzeug?
- 7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (Nur eine Antwort)
- 8. Wann haben Sie begonnen, diesen Bus zu fahren? Ungefähres Datum
- 9. Welche Art von Dienst machen Sie oder haben Sie mit diesem Bus gemacht? (Nur eine Antwort)
- 9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren haben. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)

- 10. Fahren oder fuhren Sie parallel dazu einen anderen Bus oder Trolleybus?

Wenn vorher nein zu F10: früheres Fahrzeug in diesem Unternehmen

11. Haben Sie in diesem Unternehmen einen anderen Bus oder Trolleybus (früheres Fahrzeug) gefahren?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher ja zu F11: altes Fahrzeug

11.1 Wann haben Sie begonnen, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres Datum

.

Monat Jahr

11.2 Wann haben Sie aufgehört, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres End Zeitpunkt

.

Monat Jahr

11.3 Wie oft haben Sie dieses Fahrzeug gefahren? (Angabe von Halbtagen pro Woche, um die Fahrquote zu ermitteln)

☐ 10 (100%) ☐ 9 (90%) ☐ 8 (80%) ☐ 7 (70%)

☐ 6 (60%) ☐ 5 (50%) ☐ 4 (40%) ☐ 3 (30%)

☐ 2 (20%) ☐ 1 (10%) ☐ <1 (<10%) ☐ Andere

11.3.3 Wenn «Andere» geben Sie den Anteil in Prozent an:

%

11.4 WIEDERHOLEN :

- 4. Welche Marke hat der Bus, den Sie derzeit in diesem Unternehmen fahren oder am häufigsten gefahren haben?
- 5. Wie gross ist die Begrenzungslinie des Fahrzeugs?
- 6. Welche Art von Motorisierung hat dieses Fahrzeug?
- 7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (Nur eine Antwort)
- 9. Welche Art von Dienst machen Sie oder haben Sie mit diesem Bus gemacht? (Nur eine Antwort)
- 9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren haben. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)

11.5 Haben Sie in diesem Unternehmen einen anderen Bus oder Trolleybus (früheres Fahrzeug) gefahren?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher ja zu F11.5: früheres zusätzliches Fahrzeug

11.6 WIEDERHOLEN :

- 11.1 Wann haben Sie begonnen, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres Zeitpunkt
- 11.2 Wann haben Sie aufgehört, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres End Zeitpunkt
- 11.3 Wie oft haben Sie dieses Fahrzeug in Form von halben Tagen pro Woche gefahren, um die Fahrquote zu ermitteln?
- 11.3.3 Wenn andere? (Geben Sie den Anteil in Prozent an)
- 4. Welche Marke hat der Bus, den Sie derzeit in diesem Unternehmen fahren oder am häufigsten gefahren haben?
- 5. Wie gross ist die Begrenzungslinie des Fahrzeugs?
- 6. Welche Art von Motorisierung hat dieses Fahrzeug?
- 7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (Nur eine Antwort)
- 9. Welche Art von Dienst machen Sie oder haben Sie mit diesem Bus gemacht? (Nur eine Antwort)
- 9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren haben. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)

Wenn vorher nein zu F11 :

12. Haben Sie bei einem anderen Unternehmen des öffentlichen Verkehrs gearbeitet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher nein zu F12: "Abschnitt beendet".

Wenn vorher ja zu F12: Ehemaliges Unternehmen

12.1 In welchem Unternehmen haben Sie vorher gearbeitet?

3, Aargau Verkehr (AVA) | 4, Busbetrieb Aarau AG (BBA) | 5, Aare Seeland mobil | 6, Autolinea Mendriense (AMSA) | 7, Autolinee Bleniesi SA (ABL) | 8, Auto AG Group (AAGR) | 9, Auto AG Schwyz | 10, Auto Ag Uri | 11, Autobetrieb Sernftal | 12, Autobetrieb Weesen-Amden (AWA) | 13, Autobus AG Liestal (AAGL) | 14, Autokurse Oberthurgau (AOT) | 15, Autolinee Regionali Luganesi (arl) | 16, Automobilverkehr Frutigen-Adelboden (AFA) | 17, Baselland Transport (BLT) | 18, Basler Verkehrsbetriebe (BVB) | 19, Bernmobil | 20, Busbetrieb Seetal Freiamt (BSF) | 21, BUS Ostschweiz AG (BO) | 22, Busse séduinois | 23, Busbetrieb Grenchen und Umgebung (BGU) | 24, Bus Sarganserland-Werdenberg (BSW) | 25, Busbetrieb Linchtensteig-Wattwil-Ebnat-Kappel (blwe) | 26, Busbetrieb Olten Gösgen Gäu (BOGG) | 27, Busbetrieb Solothurn und Umgebung (BSU) | 28, Busland AG Langnau Burgdorf (BLS) | 29, Chemin de fer du jura | 30, Compagnie de Chemin de fer et d'autobus Sierre-Montana-Crans SA (SMC) | 31, Engadin Bus | 32, Ferrovie Autolinee Regionali Ticinesi (FART) Locarno | 33, GEMBus | 34, Genève tour (G-tour) | 35, Globe Limo | 36, Odier Excursion | 37, Pfosi Arosa Bus AG | 38, PostAuto Schweiz AG (Carpostal) | 39, Ratpdev | 40, RDTA | 41, Regiobus AG Gossau (Regio) | 42, Regionalbus Lenzburg(RBL) | 43, Regionale Verkehrsbetriebe Baden-Wettingen (RVBW) | 44, Regionale Verkehrsbetriebe Schaffhausen RVSH | 45, Rottal Auto AG | 46, SBB-Bus Zofingen/Reiden | 47, Schneider Busbetriebe | 48, Seebus | 49, Sihltal Zürich Uetliberg Bahn AG (SZU) | 50, Stadtbus Chur | 51, Stadtbus Frauenfeld | 52, Stadtbus Kreuzlingen | 53, Stadtbus Winterthur (SW) | 54, STI Bus AG | 55, Tellbus Altdorf-Luzern | 56, Transports de la région Morges-Bière-Cossonay (MCB) | 57, transports Martigny Région (TMR) | 58, Transports publics de la région lausannoise (tl) | 59, Transports publics de la région yvernoise (tpn) | 60, Transports publics du Chablais (TPC) | 61, Transports publics fribourgeois (TPF) | 62, Transports publics genevois (TPG) | 63, Transports publics neuchâtelois (TransN) | 64, Transports urbains delémontains (TUD) | 65, Transports Vallée de Joux, Yverdon-les-Bains, Saint croix (Travys) | 66, Trasporti Pubblici Luganesi (TPL) | 67, Verkehrsbetriebe Zürich (VBZ) | 68, Verkehrsbetriebe Biel (TpB) | 69, Verkehrsbetriebe Davos (VBD) | 70, Verkehrsbetriebe Glattal AG (vbg) | 71, Verkehrsbetriebe Luzern (vbl) | 72, Verkehrsbetriebe Schaffhausen (vbsh) | 73, Verkehrsbetriebe St. Gallen (VBSG) | 74, Verkehrsbetriebe Zürichsee und Oberland (VZO) | 75, Vevey-Montreux-Chillon-Villeneuve (VMCV) | 76, WilMobil AG (Wilmob) | 77, Zugerland Verkehrsbetriebe AG (zvz) | 78, Regionalverkehr Bern-Solothurn (RBS) | 79, Andere

12.2 Wann haben Sie begonnen, in diesem Unternehmen zu arbeiten? *Ungefähres Datum*

.

Monat Jahr

12.3 Wann haben Sie aufgehört, in diesem Unternehmen zu arbeiten? *Ungefähres Datum*

.

Monat Jahr

12.4. Haben Sie Vollzeit gearbeitet (Beschäftigungsgrad 100%)?

☐ Ja ☐ Nein

12.5 Wenn nein, mit welchem Beschäftigungsgrad haben Sie gearbeitet?

%

Fahrzeug Unternehmen 2

12.6 WIEDERHOLEN :

- 11.1 Wann haben Sie begonnen, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres Datum
- 11.2 Wann haben Sie aufgehört, dieses Fahrzeug zu fahren? Ungefähres Datum
- 11.3 Wie oft haben Sie dieses Fahrzeug in Form von Halbtagen pro Woche gefahren, um die Fahrquote zu ermitteln?
- 11.3.3 Wenn andere? (Geben Sie den Anteil in Prozent an)
- 4. Welche Marke hat der Bus, den Sie derzeit fahren oder am häufigsten in diesem Unternehmen gefahren sind?
- 5. Wie gross ist die Begrenzungslinie des Fahrzeugs?
- 6. Welche Art von Motorisierung hat dieses Fahrzeug?
- 7. Wie lautet das Modell dieses Busses? (Nur eine Antwort)
- 9. Welche Art von Dienstleistung erbringen Sie oder haben Sie mit diesem Bus erbracht? (Nur eine Antwort)
- 9.1 Wenn gemischt, schätzen Sie bitte den Anteil, den Sie mit diesem Fahrzeug auf städtischen Strecken fahren oder gefahren haben. (Geben Sie den Anteil in Prozent an)

12.7 Haben Sie in diesem Unternehmen noch einen anderen Bus oder Trolleybus gefahren?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher ja zu Q12.7: BITTE WIEDERHOLEN Fahrzeug 2

Wenn vorher nein zu Q12.7: "Abschnitt beendet".

13. Haben Sie bei einem anderen Verkehrsbetrieb gearbeitet?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn vorher ja zu Q13: Ehemaliges Unternehmen

Wenn vorher nein Q13: "Abschnitt beendet".

A.2 Arbeitsbedingungen

Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Ihren Arbeitsbedingungen stellen. In einem ersten Schritt werden die Fragen Ihre üblichen Arbeitszeiten, Ihre Pausen und die Umgebung, in der Sie arbeiten, betreffen. In einem zweiten Schritt werden wir Sie fragen, wie Sie diese Arbeitsbedingungen derzeit erleben. Bitte beantworten Sie jede Frage so genau wie möglich. Nehmen Sie sich genug Zeit für die Beantwortung der Fragen.

IHRE ARBEITSBEDINGUNGEN

1. Wie sehen Ihre üblichen Arbeitszeiten aus? (mehrere Antworten möglich)

- ☐ Morgens: Beginn zwischen 4 und 6 Uhr
- ☐ Tagesmitte: Dienst beginnt und endet zwischen 6 und 20 Uhr
- ☐ Abends: Dienst endet zwischen 20 und 0 Uhr
- ☐ Nacht: Dienst beginnt oder endet ganz oder teilweise zwischen 0 und 4 Uhr

2. Wenn vorher ja unter morgens, wie oft fahren Sie durchschnittlich zwischen 4.00 und 6.00 Uhr pro Woche? (Eine Antwort ist möglich)

- ☐ 1 Mal pro Woche
- ☐ 2 Mal pro Woche
- ☐ 3 Mal pro Woche
- ☐ 4 Mal pro Woche
- ☐ 5 Mal pro Woche
- ☐ 6 Mal oder öfter pro Woche

3. Wenn vorher ja unter abends, wie oft fahren Sie durchschnittlich zwischen 20.00 und 00.00 Uhr pro Woche? (Eine Antwort ist möglich)

- ☐ 1 Mal pro Woche
- ☐ 2 Mal pro Woche
- ☐ 3 Mal pro Woche
- ☐ 4 Mal pro Woche
- ☐ 5 Mal pro Woche
- ☐ 6 Mal oder öfter pro Woche

4. Wenn vorher ja unter nachts, wie oft fahren Sie durchschnittlich zwischen 00.00 und 4.00 Uhr pro Woche? (Eine Antwort ist möglich)

- ☐ 1 Mal pro Woche
- ☐ 2 Mal pro Woche
- ☐ 3 Mal pro Woche
- ☐ 4 Mal pro Woche
- ☐ 5 Mal pro Woche
- ☐ 6 Mal oder öfter pro Woche

5. Haben Sie während Ihrer beruflichen Laufbahn mehr als 6 Monate lang nachts (zwischen 22.00 und 5.00 Uhr) gearbeitet? (eine Antwort ist möglich)

- ☐ Ja
- ☐ Nein

6. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro TAG?

Stunden/Tag

7. Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich pro WOCHE?

Stunden/Woche

8. An wie vielen Tagen arbeiten Sie durchschnittlich pro Woche?

Tage

9. Wie oft arbeiten Sie durchschnittlich mehr als 10 Stunden pro Tag? (Nur eine Antwort ist möglich)

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> 1 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 2 Mal pro Woche |
| | <input type="checkbox"/> 3 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 4 Mal pro Woche |
| | <input type="checkbox"/> 5 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 6 Mal oder öfter pro Woche |

10. An welchen Wochentagen arbeiten Sie normalerweise? (Mehrere Antworten möglich)

- | | |
|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werktage (Montag - Freitag) | <input type="checkbox"/> Samstag |
| <input type="checkbox"/> Sonntag | |

10.1 Wenn vorher ja unter Samstag, haben Sie an einem der letzten 4 Samstage gearbeitet? (Nur eine Antwort ist möglich)

- ☐ Ja ☐ Nein

10.2 Wenn vorher ja unter Sonntag, haben Sie an einem der letzten 4 Sonntage gearbeitet? (Nur eine Antwort ist möglich)

- ☐ Ja ☐ Nein

11. Fahren Sie während Ihres Arbeitstages Umgebungen, die Sie angenehm finden? (Nur eine Antwort ist möglich)

- ☐ Ja ☐ Nein

11.1 Wenn ja, aus welchem Grund oder welchen Gründen finden Sie sie angenehm? (Nur eine Antwort pro Zeile)

- | | |
|--|---|
| - 10.1.1 Grünflächen | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| - 10.1.2 Gewässer (Flüsse, Seen) | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| - 10.1.3 Sehenswürdigkeiten, Architektur | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| - 10.1.4 Helles, offenes Gelände | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| - 10.1.5 Leichtigkeit des Fahrens | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

12. Wie oft stehen Sie während Ihres Fahrtages in einem Stau? (eine Antwort ist möglich)

- ☐ Nie ☐ Selten (1-2 Stunden pro Tag)

☐ Häufig (2-5 Stunden pro Tag) ☐ Fast immer

13. Wie viele End- oder Schlagzeiten haben Sie im Durchschnitt tagsüber?

End- oder Schlagzeiten

14. Wie lange dauert im Durchschnitt jede End- oder Schlagzeit?

Minuten

15. Haben Sie während jeder End- oder Schlagzeit Zugang zu: (Nur eine Antwort pro Zeile)

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Einer Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Bereich, der für Pausen eingerichtet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Wasserspender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Kaffee- oder Getränkeautomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.1 Wenn Sie für den Pausenbereich selten, manchmal, oft oder sehr oft angekreuzt haben, beschreiben Sie diesen bitte: (mehrere Antworten möglich)

Im Freien

- ☐ Eine schöne natürliche Landschaft
- ☐ Ein hübsches Stadtbild
- ☐ Eine schöne ländliche Landschaft
- ☐ Das Vorhandensein von Pflanzen oder Blumen
- ☐ Wird gelüftet

Im Inneren

- ☐ Grüne Pflanzen
- ☐ Ist ruhig, werde in Ruhe gelassen
- ☐ Spiele zum Entspannen verfügbar (z.B. Tischfußball)
- ☐ Sportausrüstung verfügbar
- ☐ Einrichtung zum Entspannen (z.B. Sessel, Sofa)

16. Wie viele Pausen von mehr als 30 Minuten haben Sie im Durchschnitt während eines Tages?

Pausen

17. Wie lange dauert jede Pause im Durchschnitt?

Minuten

18. Haben Sie während diesen Pausen Zugang zu: (eine Antwort pro Zeile)

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft
Einer Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Bereich, der für Pausen eingerichtet ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Wasserspender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einem Kaffee- oder Getränkeautomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18.1 Wenn Sie für den Pausenbereich selten, manchmal, oft oder sehr oft angekreuzt haben, beschreiben Sie diesen bitte: (mehrere Antworten möglich)

Im Freien

☐ Eine schöne natürliche Landschaft

☐ Ein hübsches Stadtbild

☐ Eine schöne ländliche Landschaft

☐ Das Vorhandensein von Pflanzen oder Blumen

☐ Wird gelüftet

Im Inneren

☐ Grüne Pflanzen

☐ Ist ruhig, werde in Ruhe gelassen

☐ Spiele zum Entspannen verfügbar (z.B. Tischfußball)

☐ Sportausrüstung verfügbar

☐ Einrichtung zum Entspannen (z.B. Sessel, Sofa)

19. Wie lange haben Sie durchschnittlich pro Tag Zugang zu einem Bereich, der für eine Pause vorgesehen ist?

Minuten

20. Wie schätzen Sie die Intensität der körperlichen Anstrengung bei Ihrer Arbeit an einem typischen Arbeitstag ein? Kreuzen Sie die entsprechende Zahl auf der nachstehenden Skala von 0 bis 10 an, die von "überhaupt keine Atemnot" bis "maximale Atemnot" reicht: (eine Antwort möglich)

überhaupt keine Atemnot	sehr, sehr milde (knapp wahrnehmbar)	sehr milde	milde	mässig	schwer	sehr schwer				maximale Atemnot	
0	0.5	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

21. Für die folgenden Fragen: Wählen Sie bitte aus, wie sehr Sie den folgenden Vorschlägen zustimmen oder sie ablehnen. (eine Antwort pro Zeile)

	Völlig unzutreffend	Hauptsächlich unzutreffend	Unzutreffend	Teils-teils	Zutreffend	Hauptsächlich zutreffend	Völlig zutreffend
Meine Arbeit hält mich davon ab, genügend Zeit mit meiner Familie zu verbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Ende des Tages habe ich keine Zeit übrig, um die Dinge zu tun, die ich tun möchte (z.B., Hausarbeit und Freizeit- aktivitäten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Familie muss wegen meiner Arbeit zurückstecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Meine Arbeit hat einen negativen Einfluss auf mein Familienleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit führt oft dazu, dass ich zuhause gereizt oder ungeduldig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihren derzeitigen Beruf. Geben Sie an, ob Sie jedem der Sätze zustimmen oder nicht, indem Sie das entsprechende Kästchen ankreuzen *(eine Antwort pro Zeile)*.

Commenté [FR1]: Ne pas changer.

	Stimme gar nicht zu	Stimme nicht zu	Stimme zu	Stimme voll zu
Aufgrund des hohen Arbeitsaufkommens besteht häufig grosser Zeitdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit werde ich häufig unterbrochen und gestört.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laufe der letzten Jahre ist meine Arbeit immer mehr geworden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhalte von meinem Vorgesetzten bzw. einer entsprechenden wichtigen Person die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Aufstiegschancen in meinem Bereich sind schlecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erfahre - oder erwarte - eine Verschlechterung meiner Arbeitssituation.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein eigener Arbeitsplatz ist gefährdet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich die erfahrene Anerkennung für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen und Anstrengungen denke, halte ich meine persönlichen Chancen des beruflichen Fortkommens für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an all die erbrachten Leistungen denke, halte ich mein Gehalt / meinen Lohn für angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Arbeiten komme ich leicht in Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es passiert mir oft, dass ich schon beim Aufwachen an Arbeitsprobleme denke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich nach Hause komme, fällt mir das Abschalten von der Arbeit sehr leicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diejenigen, die mir am nächsten stehen sagen, ich opfere mich zu sehr für meinen Beruf auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeit lässt mich selten los, das geht mir abends noch im Kopf rum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich etwas aufschiebe, was ich eigentlich am selben Tag erledigen sollte, kann ich abends kaum schlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Beurteilen Sie, inwieweit Ihre Arbeit im Allgemeinen stressig ist. Kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihrer Empfindung entspricht (eine Antwort ist möglich).

Überhaupt nicht stressig	Leicht stressig	Mässig stressig	Sehr stressig	Extrem stressig
--------------------------	-----------------	-----------------	---------------	-----------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

24. Beurteilen Sie, inwieweit Sie den folgenden Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen, indem Sie an die letzten sechs Monate denken: (eine Antwort pro Zeile).

Commenté [FR2]: Ne pas changer

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme nicht zu	Weder einverstanden noch nicht einverstanden	Stimme zu	Stimme voll und ganz zu
Meine Arbeit ist stressig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich an meine Arbeit denke, fühle ich mich ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, wenn ich arbeite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Arbeit hat negative Auswirkungen auf meine Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Die nachfolgenden Aussagen beziehen sich auf Ihre Arbeitssituation und wie Sie diese erleben.

Commenté [FR3]: Ne pas changer

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig dies für Sie zutrifft.

	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
Bei der Arbeit fühle ich mich geistig erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach einem Arbeitstag fällt es mir schwer mich zu erholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit fühle ich mich körperlich erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich kann keine Begeisterung für meine Arbeit aufbringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle eine starke Abneigung gegen meine Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bezweifle, dass meine Arbeit anderen überhaupt etwas bedeutet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit habe ich Mühe, aufmerksam zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Arbeit habe ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache Fehler in meiner Arbeit, weil ich in Gedanken bei anderen Dingen bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit habe ich das Gefühl, keine Kontrolle über meine Emotionen zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erkenne mich selbst nicht wieder in der Art, wie ich bei der Arbeit emotional reagiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei meiner Arbeit kommt es vor, dass ich emotional überreagiere, ohne es zu wollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Bitte geben Sie an, wie häufig Ihnen die folgenden Situationen bei Ihrer derzeitigen Arbeit begegnen. (eine Antwort pro Zeile)

	Weniger als einmal pro Monat oder nie	1 Mal pro Monat	2-3 Mal pro Monat	ca. 1 Mal pro Woche	ca. 2-3 Mal pro Woche	ca. 1 Mal pro Tag	Mehrmals pro Tag
Ausserhalb des Busses ...							
...erlebe ich die Aggressivität anderer Verkehrsteilnehmer/innen (Autos, Fahrräder) auf der Strasse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...habe ich Angst, einen Unfall mit einem anderen Fahrzeug (Auto, LKW) zu haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...habe ich Angst vor einem Unfall mit einem Fahrrad, einem Roller, einem Scooter oder einem Motorrad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...befürchte ich einen Unfall an meinem Fahrzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...befürchte ich, einen Unfall zu verursachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Inneren des Busses ...							
...erlebe ich verbale Aggressionen von Fahrgästen im Bus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...fürchte ich, dass ich in meinem Bus einen Unfall mit Verletzten haben könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei der Arbeit das Ziel/Opfer von ...? (mehrere Antworten möglich)

- ☐ Diskriminierung aufgrund Ihres Alters
- ☐ Diskriminierung aufgrund Ihres Geschlechts oder Ihrer Geschlechtszugehörigkeit
- ☐ Diskriminierung aufgrund Ihrer Nationalität, ethnischen Herkunft oder Hautfarbe
- ☐ Verbaler Gewalt
- ☐ Drohungen und erniedrigenden Verhaltensweisen
- ☐ Körperlicher Gewalt
- ☐ Einschüchterung, Belästigung, Mobbing
- ☐ Sexueller Belästigung
- ☐ Ich habe keine dieser Diskriminierungen oder Gewalttaten erlebt

TEIL B : Ihre Gesundheit

Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand sowie zu Ihrer Vorgeschichte stellen. Bitte beantworten Sie jede Frage so genau wie möglich.

EINIGE FRAGEN ZU IHRER GESUNDHEIT

1. Wie hoch ist Ihr Gewicht?

kg

2. Wie gross sind Sie?

m cm

3. Sind Sie Rechts- oder Linkshänder?

(Nur eine Antwort möglich)

☐

Rechtshänder

☐

Linkshänder

☐

Beides

4. Auf einer Skala von 1 bis 10, wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen?

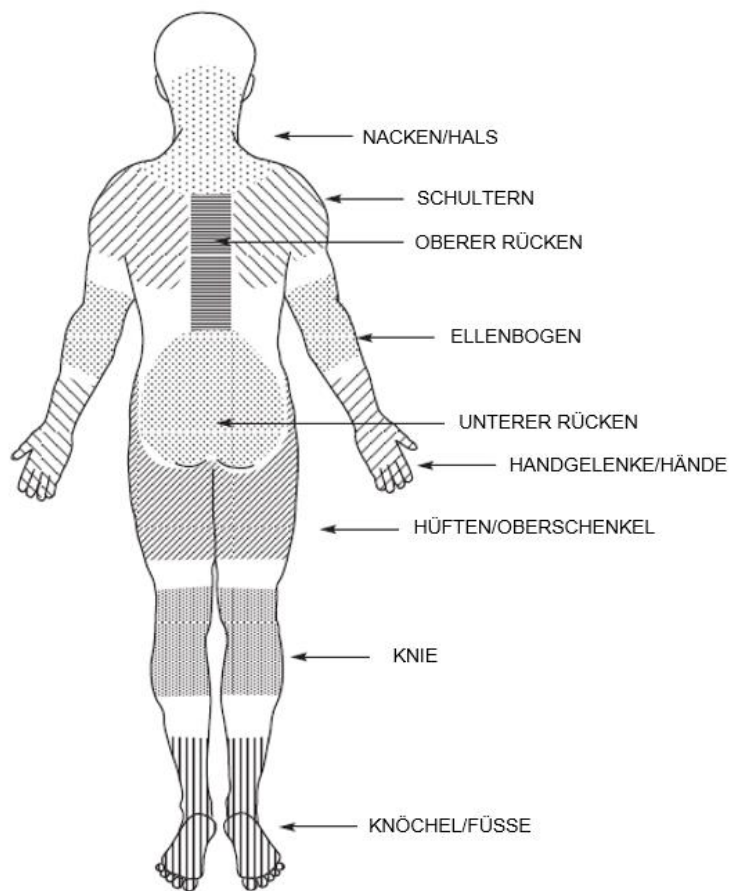
1 ist sehr schlecht, 10 ist sehr gut

BESCHWERDEN AM BEWEGUNGSAPPARAT

Wenn Sie derzeit nicht beruflich aktiv sind, denken Sie bitte an Ihre täglichen Aktivitäten anstelle der Arbeit.

Erklärung:

Gesundheitsfragen beziehen sich auf die folgenden 9 Körperteile:



Wir bitten Sie, die Fragen für jeden Körperteil zu beantworten, auch wenn Sie in diesem Körperteil keine Schmerzen oder Symptome verspüren.

1. Nacken/Hals

1. Wie stark waren die Schmerzen, die Sie in den letzten 12 Monaten im Nacken/Halsbereich empfunden haben? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Nacken / Hals	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 2 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 1.1 bis 1.6

1.1 Wie lange hatten Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen im Nacken/Halsbereich? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	<input type="checkbox"/>	Von 1 bis 7 Tagen	<input type="checkbox"/>	Von 8 bis 30 Tagen	<input type="checkbox"/>	Mehr als 30 Tage	<input type="checkbox"/>	Ständig	<input type="checkbox"/>
Nacken/Hals										

1.2 Inwiefern haben diese Schmerzen Ihren Nacken/Halsbereich Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Nacke n / Hals	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Schmerzen im Nacken/Halsbereich	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1.3 Haben Sie wegen dieser Nacken-/Halsschmerzen einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, Arbeitsmediziner, Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

1.4 Haben Sie wegen dieser Nacken-/Halsschmerzen Medikamente eingenommen (Beispiel: entzündungshemmend, schmerzstillend)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

1.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Nacken-/Halsschmerzen arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

1.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Nacken/Halsschmerzen die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

2. Schultern

2. Wie stark waren in den letzten 12 Monaten die Schmerzen, die Sie in einer der beiden Schultern verspürt haben? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Schulter	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 3 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 2.1 bis 2.6

2.1 Wie lange hatten Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen im Schulterbereich? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2 Inwiefern haben diese Schulterschmerzen Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Schulter	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Schulterschmerzen
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2.3 Haben Sie wegen dieser Schulterschmerzen einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder anderen Therapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

2.4 Haben Sie wegen dieser Schulterschmerzen Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzlindernd)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

2.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schulterschmerzen arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

2.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schulterschmerzen die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

3. Oberer Rücken

3. Wie stark waren die Schmerzen im oberen Rückenbereich in den letzten 12 Monaten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Oberer Rücken	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 4 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 3.1 bis 3.6

3.1 Wie lange hatten Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen im oberen Rückenbereich? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Oberer Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 Inwiefern haben diese Schmerzen im oberen Rücken Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Oberer Rücken	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unmöglichkeit zu arbeiten aufgrund von Schmerzen im oberen Rückenbereich
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

3.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen im oberen Rückenbereich einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

3.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen im oberen Rückenbereich Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzlindernd)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

3.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen im oberen Rückenbereich arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

3.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Schmerzen im oberen Rückenbereich jemals die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

4. Ellenbogen

4. Wie stark waren die Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen in den letzten 12 Monaten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Ellenbogen	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 5 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 4.1 bis 4.6

4.1 Wie lange hatten Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	<input type="checkbox"/>	Von 1 bis 7 Tagen	<input type="checkbox"/>	Von 8 bis 30 Tagen	<input type="checkbox"/>	Mehr als 30 Tage	<input type="checkbox"/>	Ständig	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen										

4.2 Inwiefern haben diese Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Ellenbogen	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Schmerzen im Ellenbogen	
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

4.4 Haben Sie eine Behandlung für diese Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen genommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzstillend)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

4.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

4.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schmerzen in einem oder beiden Ellenbogen eine Änderung/Anpassung der Arbeit oder des Arbeitsplatzes vornehmen müssen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

5. Unterer Rücken

5. Wie stark waren die Schmerzen im unteren Rückenbereich in den letzten 12 Monaten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Unterer Rücken	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 6 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 5.1 bis 5.7

5.1 Wie lange haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt an Schmerzen im unteren Rückenbereich gelitten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Unterer Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.2 Inwiefern haben diese Schmerzen im unteren Rückenbereich Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Unterer Rücken	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unmöglichkeit zu arbeiten aufgrund von Schmerzen im unteren Rückenbereich
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen im unteren Rückenbereich einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

5.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen im unteren Rückenbereich Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzlindernd)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

5.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen im unteren Rückenbereich arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

5.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schmerzen im unteren Rückenbereich die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

6. Handgelenke/Hände

6. Wie stark waren die Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen in den letzten 12 Monaten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Handgelenke/Hände	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 7 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 6.1 bis 6.6

6.1 Wie lange haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt in einem oder beiden Handgelenken oder Händen Schmerzen gehabt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Handgelenke/Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2 Inwiefern haben diese Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Handgelenke/Hände	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Schmerzen im Handgelenk/in der Hand
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

6.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten?

Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

6.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzstillend)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

6.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

6.6. Mussten Sie in den letzten 12 Monaten jemals Ihre Arbeit oder Ihren Arbeitsplatz wegen Schmerzen in einem oder beiden Handgelenken oder Händen ändern/anpassen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

7. Hüften/Oberschenkel

7. Wie stark waren die Schmerzen in einem oder beiden Hüften oder Oberschenkeln in den letzten 12 Monaten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Hüften/Oberschenkel	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 8 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 7.1 bis 7.6

7.1 Wie lange hatten Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	<input type="checkbox"/>	Von 1 bis 7 Tagen	<input type="checkbox"/>	Von 8 bis 30 Tagen	<input type="checkbox"/>	Mehr als 30 Tage	<input type="checkbox"/>	Ständig	<input type="checkbox"/>
Hüften/Oberschenkel										

7.2 Inwiefern haben diese Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Hüften/Oberschenkel	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Hüft-/Oberschenkelschmerzen
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

7.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzlindernd)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

7.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

7.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schmerzen in einer oder beiden Hüften/Oberschenkeln die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

8. Knie

8. Wie stark waren die Schmerzen in einem oder beiden Knien während der letzten 12 Monate? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Knie	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Teil 9 fort.

Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 8.1 bis 8.6

8.1 Wie lange haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt Schmerzen in einem oder beiden Knien? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.2 Inwiefern haben diese Schmerzen in einem oder beiden Knien Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Knie	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Knieschmerzen
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Knien einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

8.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Knien Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzlindernd)? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

8.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Knien arbeitsunfähig gewesen? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

8.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schmerzen in einem oder beiden Knien die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

9. Knöchel/Fuss

9. Wie stark waren in den letzten 12 Monaten die Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Knöchel/Fuss	Keine Schmerzen	<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"/>	Schlimmste Schmerzen überhaupt
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Wenn 0, fahren Sie mit Medizinische Vorgeschichte fort.
Wenn >0, beantworten Sie die Fragen 9.1 bis 9.6

9.1 Wie lange haben Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt an einem oder beiden Füßen oder Knöcheln gelitten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

	Weniger als 24 Stunden	Von 1 bis 7 Tagen	Von 8 bis 30 Tagen	Mehr als 30 Tage	Ständig
Knöchel/Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.2 Inwiefern haben diese Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln Ihre Arbeitsfähigkeit eingeschränkt? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

Knöchel/Fus s	Nicht eingeschränkt	<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"/>	Unfähigkeit zu arbeiten aufgrund von Knöchel-/Fuss Schmerzen
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

9.3 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln einen Arzt oder Therapeuten aufgesucht, z. B. einen Allgemeinmediziner, einen Arbeitsmediziner, einen Physiotherapeuten oder einen Spezialtherapeuten? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an

☐ Ja ☐ Nein

9.4 Haben Sie wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln Medikamente eingenommen (z. B. entzündungshemmend, schmerzstillend)? *Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an*

☐ Ja ☐ Nein

9.5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen dieser Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln arbeitsunfähig gewesen? *Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an*

☐ Ja ☐ Nein

9.6. Haben Sie in den letzten 12 Monaten jemals wegen Schmerzen in einem oder beiden Füßen oder Knöcheln die Arbeit oder den Arbeitsplatz gewechselt/angepasst? *Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an*

☐ Ja ☐ Nein

Medizinische Vorgeschichte

Im Folgenden finden Sie eine Liste von Krankheiten. Bitte geben Sie an, für welche Sie eine Diagnose erhalten haben.

KRANKHEITEN BEWEGUNGSAPPARAT	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
1 Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2 Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3 Arthrose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

ATEMWEGSERKRANKUNGEN		Diagnose der Krankhei t	Jahr der Diagnos e	Aktuelle Behandlun g	Medizinisch e Betreuung	Arztbesuch e in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthal t	Krankenhausaufenthal t in den letzten 12 Monaten
4	Asthma	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6	Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7	Emphysem oder Lungenüberblähung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8	Schlafapnoe oder gefährliches Schnarchen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9	Lungenentzündung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1 0	Andere Lungenkrankheit:	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie schon einmal Asthma hatten (auch wenn es nicht von einem Arzt diagnostiziert wurde), beantworten Sie bitte die Fragen Z 4.1 bis Z 4.3.

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. *Geben Sie eine Zahl an, auch wenn sie nur ungefähr ist*

Asthmaanfall(e)

Z 4.3. Nehmen Sie zurzeit Medikamente (auch Inhalationsmittel, Aerosol, Tabletten) gegen Asthma? Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

HAUTKRANKHEITEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
11 Neurodermitis bzw. atopisches Ekzem	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 Schuppenflechte bzw. Psoriasis	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 Starke Akne	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

ALLERGIEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
14 Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15 Anderer allergischer Schnupfen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16 Insektengiftallergie (nach Stich durch Biene, Wespe, Hummel oder Hornisse)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

17	Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
18	Tierhaarallergie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
19	Kontaktallergie (z.B. Latex, Nickel, Parfüme...)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
20	Chronische Sinusitis oder chronische Entzündung der Nasennebenhöhlen / Stirnhöhlen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21	Lebensmittelallergie (Welche ?) : ____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
22	Lebensmittelintoleranz (Welche ?) : ____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
23	Andere Allergie (Welche ?): ____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

HERZERKRANKUNGEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
24	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
25	Verengung der Herzkranzgefäße bzw. Angina pectoris	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
26	Herzschwäche bzw. Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
27	Herzrhythmusstörungen (inkl. Herzschrittmacher)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

28	Durchblutungsstörungen in den Beinen (Schaufensterkrankheit, Claudicatio intermittens, arterielle Verschlusskrankheit)	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nein

☐ Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie bereits einen Herzinfarkt hatten, beantworten Sie bitte die Fragen Z 24.1 bis Z 24.3.

Z 24.1. Wie viele Herzinfarkte hatten Sie?

☐☐ Herzinfarkt(e)

Z 24.2. In welchem Alter hatten Sie Ihren ersten Herzinfarkt?

☐☐ Jahre

Z 24.3. In welchem Alter hatten Sie Ihren letzten Herzinfarkt?

☐☐ Jahre

KREBS	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
30 Lunge	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31 Kolorektal	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32 Magen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33 Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34 Hepatozelluläres Karzinom	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35 Brüste	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36 Gliom	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37 Meningiome	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38 Frauen: Gebärmutterhals	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39 Männer: Prostata	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
40 Leukämie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
41 Hodgkin-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

42	Hautmelanome	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Tumor der Speicheldrüsen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Hypophysenadenom	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Bösartiger Tumor des Auges und seiner Anhangsgebilde	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
46	Anderer Krebs (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
47	Anderer Krebs (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

	STÖRUNGEN DES METABOLISMUS	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
48a	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Typ I	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48b	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) Typ II	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48c	Schwangerschaftsdiabetes (während der Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
49	Erhöhte Blutfettwerte, Cholesterin oder Triglyceride	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
50	Gicht oder eine Harnsäureerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51a	Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51b	Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51c	Andere Schilddrüsenerkrankung (Bitte angeben):	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie Diabetes haben, beantworten Sie bitte die Fragen Z 48.1 bis Z 48.3.

Z 48.1. Wie werden Sie derzeit behandelt (unter Berücksichtigung von Insulininjektionen und Insulinpumpen)?

Nur eine Antwort möglich

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

Z 48.2. Falls Sie Insulin nehmen, seit welchem Alter nehmen Sie das Medikament?

Geben Sie ein Alter an, auch wenn es nur ungefähr ist

Jahre

Z 48.3. Ist bei Ihnen jemals aufgrund einer Zuckerkrankheit eine der folgenden Erkrankungen oder Komplikationen aufgetreten?

Mehrere Antworten möglich

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retinopathie, d.h. Schäden der Netzhaut | <input type="checkbox"/> Behandlung mit künstlicher Niere (Dialyse) oder Nierentransplantation |
| <input type="checkbox"/> Erblindung | <input type="checkbox"/> Diabetischer Fuss (schlecht heilendes Geschwür) |
| <input type="checkbox"/> Eiweiss im Urin | <input type="checkbox"/> Amputationen (z.B. Zehe, Unter- oder Oberschenkel) |
| <input type="checkbox"/> Nierenversagen oder Einschränkung der Nierenfunktion | <input type="checkbox"/> Weiss nicht |

☐ Keine der genannten Erkrankungen oder Komplikationen

MAGEN- / DARM- / LEBER- UND NIERENERKRANKUNGEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
54 Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
55 Sodbrennen bzw. ein Reflux von Magensäure in die Speiseröhre	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
56 Darmentzündung (z. B. Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
57 Gallensteine	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
58 Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
59 Steine in Niere, Harnleiter oder Blase	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
60 Einschränkung der Nierenfunktion bzw. chronische Niereninsuffi- zienz	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie schon einmal ein Nierenversagen hatten, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Z 60.1. Wurden Sie jemals mit Dialyse (Blutwäsche) behandelt?

Nur eine Antwort möglich

☐ Ja ☐ Nein ☐ Weiss nicht

NEUROLOGISCHE UND PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
61 Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
62 Epilepsie bzw. Krampfanfall	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
63 Migräne	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
64 Parkinson-Krankheit (Schüttellähmung)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
65 Depression	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
66 Angsterkrankung oder Panikattacke	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
67 Essstörung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
68 Aufmerksamkeitsdefizit/ Hyperaktivitätsstörung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
69 Demenzerkrankung (inkl. Alzheimer)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
70 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
71 Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

☐

Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie eine Essstörung haben oder hatten, beantworten Sie bitte die folgende Frage.

Z 67.1 Um welche Art von Essstörung handelt oder handelte es sich?

Mehrere Antworten möglich

☐ Anorexie

☐ Bulimie

☐ Binge-Eating

☐ Andere (Welche): _____

FRAUENKRANKHEITEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
72 Polyzystisches Ovarialsyndrom (Stein-Leventhal-Syndrom)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
73 Endometriose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
74 Uterusmyom (gutartiger Tumor)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
75 Gebärmuttervorfall	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
76 Infektion mit Papillomaviren (HPV) am Gebärmutterhals	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

AUGENKRANKHEITEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
------------------	------------------------	-------------------	---------------------	------------------------	---------------------------------------	-----------------------	---

					(Anzahl der Besuche)		
77	Grauer Star (Katarakt)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/>
78	Grüner Star (Glaukom)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/>
79	Makuladegeneration	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/>
80	Andere Augenkrankheit: _____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<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"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

81. Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

Nur eine Antwort möglich

☐ Ja ☐ Nein

81.1 Wenn ja, wie lautet Ihre aktuelle Korrektur?

Rechtes Auge : +/- ☐☐☐

Astigmatismus ☐ Ja ☐ Nein

Linkes Auge : +/- ☐☐☐

Astigmatismus ☐ Ja ☐ Nein

81.2 Wenn ja, seit wann tragen Sie eine Brille / Kontaktlinsen?

Jahre

HÖRKRANKHEITEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
82 Tinnitus (Ohrengeräusch)	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
83 Hörverlust	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
84 Schwerhörigkeit	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
85 Gleichgewichtsstörung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

86. Tragen Sie ein Hörgerät?

Nur eine Antwort möglich

☐ Ja ☐ Nein

86.1 Wenn ja, an welchem Ohr?

☐ Rechts ☐ Links ☐ An beiden Ohren

86.2 Wenn ja, wie lange tragen Sie schon ein Hörgerät?

Jahre

ANDERE / SELTENE KRANKHEITEN	Diagnose der Krankheit	Jahr der Diagnose	Aktuelle Behandlung	Medizinische Betreuung	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten (Anzahl der Besuche)	Krankenhausaufenthalt	Krankenhausaufenthalt in den letzten 12 Monaten
87 Rheumatoide Arthritis/Polyarthritis	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
88 Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
89 Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
90 Angeborene Missbildung	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
91 Elektrohypersensibilität	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
92 Andere Krankheit 1: _____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
93 Andere Krankheit 2: _____	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

☐

Ich möchte nicht antworten

Wenn Sie eine angeborene Missbildung haben, beantworten Sie bitte die folgende Frage (Z 90.1):

Z 90.1. Um welche Art von angeborener Missbildung handelt es sich?

Mehrere Antworten möglich

- ☐ Missbildungen des Bewegungsapparates (z. B. Klumpfuß, Hüftdysplasie)
 ☐ Gesichtsspalte (z.B. Lippen- oder Gaumenspalte)
- ☐ Fehlbildung/en des Urogenitalsystems (z. Nierenfehlbildung)
 ☐ Chromosomenaberration
- ☐ Herzfehler oder Fehlbildung/en der Blutgefäße
 ☐ Ohrfehlbildung/en
- ☐ Fehlbildung/en des Verdauungssystems
 ☐ Augenfehlbildung/en

- ☐ Fehlbildung/en des zentralen Nervensystems (z.B. N Verschluss des Neuralrohrs)
- ☐ Kleinere Fehlbildungen der Morphogenese (z.B. einzelne Palmarfalte, Nicht-Schließung des Musculus rectus, zu viele oder verschmolzene Finger oder Zehen, Hämangiome, Nävi, ...)
- ☐ Fehlbildung/en des äusseren Urogenitalsystems (z. Hypospadie) ☐ Andere

IHRE CHIRURGISCHEN OPERATIONEN

94. Haben Sie sich einer der folgenden Operationen unterzogen?

Mehrere Antworten sind möglich.

- ☐ Ich habe noch nie eine Operation gehabt
- ☐ Herzklappenchirurgie
- ☐ Koronare Angioplastie (PTCA) mit oder ohne Stenteinlage
- ☐ Aorto-koronare Bypass-Operation
- ☐ Einsetzen eines Herzschrittmachers
- ☐ Ballondilatation einer Beinvene mit oder ohne Stenteinlage
- ☐ Bypass-Operation der peripheren Beinarterie
- ☐ Chirurgie der Karotisarterie
- ☐ Wirbelsäulenoperation (z. B. Bandscheibenvorfall, Ischias)
- ☐ Operation am Knie
- ☐ Knieprothese
- ☐ Operation an der Hand oder am Arm (z. B. Karpaltunnel-Operation)
- ☐ Operation an der Schulter
- ☐ Operation am Knöchel oder Fuss (Hallux valgus)
- ☐ Operation an der Hüfte
- ☐ Hüftprothese
- ☐ Operation des Blinddarms
- ☐ Milzoperation
- ☐ Operation am Hals oder an den Mandeln
- ☐ Thymus
- ☐ Operation von Polypen in den Nasennebenhöhlen
- ☐ Operation an der Gallenblase
- ☐ Operation an der Schilddrüse
- ☐ Gebärmutteroperation (Frau)
- ☐ Eierstockoperation (Frau)
- ☐ Operation linke Brust
- ☐ Operation rechte Brust
- ☐ Prostataoperation (Mann)
- ☐ Andere, welche? _____
- ☐ Ich möchte nicht antworten

IHRE BEHANDLUNGEN MIT MEDIKAMENTEN

95. Wie viele Medikamente verwenden Sie derzeit regelmässig (d. h. mindestens einmal pro Woche für mindestens einen Monat) unter Berücksichtigung von Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln, Schlaftabletten und Naturheilmittel (Tabletten, Sirup, Nasenspray, Augentropfen, Zäpfchen, Injektionen, Salben usw.)?

Bitte geben Sie die (auch ungefähre) Anzahl der Medikamente an; wenn Sie NICHT regelmässig Medikamente einnehmen, tragen Sie bitte die Zahl 0 ein.

regelmässig eingenommene Medikamente

96. Bitte geben Sie den Namen und die Häufigkeit der Einnahme aller Medikamente an, die Sie einnehmen (einschliesslich Schmerzmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel und Naturheilmittel).

Nur eine Antwort pro Zeile.

Name des Medikaments (Dosierung) nach Angabe auf der Packung	Mehrmals am Tag	1 Mal pro Tag	Mehrmals pro Woche	1 Mal pro 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"/>
	<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"/>

☐ Ich möchte nicht antworten

DEPRESSION

Commenté [FR4]: Ne pas changer

97. Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede dieser Gruppen von Aussagen sorgfältig durch und suchen Sie sich dann in jeder Gruppe eine Aussage heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen, einschliesslich heute, gefühlt haben. Kreuzen Sie das Kästchen hinter der von Ihnen gewählten Aussage an. Wenn Sie in einer Gruppe von Aussagen mehrere finden, die Ihre Gefühle gleichermassen gut zu beschreiben scheinen, wählen Sie die Aussage mit der höchsten Zahl und kreuzen Sie diese an. Achten Sie darauf, dass Sie nur eine Aussage aus jeder Gruppe auswählen, einschliesslich der Gruppe zu Veränderungen in den Schlaf- und Appetitgewohnheiten. Nur eine Antwort pro Gruppe möglich.

Traurigkeit

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich bin nicht traurig | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich bin oft traurig | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin ständig traurig | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es nicht aushalte | <input type="checkbox"/> |

Pessimismus

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Ich sehe nicht mutlos in die Zukunft | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich sehe mutloser in die Zukunft als sonst | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin mutlos und erwarte nicht, dass meine Situation besser wird. | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich glaube, dass meine Zukunft hoffnungslos ist und nur noch schlechter wird | <input type="checkbox"/> |

Versagensgefühle

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich fühle mich nicht als Versager | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich habe häufiger Versagensgefühle | <input type="checkbox"/> |
| 2. Wenn ich zurückblicke, sehe ich eine Menge Fehlschläge | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein | <input type="checkbox"/> |

Verlust von Freude

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich kann die Dinge genauso gut geniessen wie früher | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich kann die Dinge nicht mehr so geniessen wie früher | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich kaum mehr geniessen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Dinge, die mir früher Freude gemacht haben, kann ich überhaupt nicht mehr geniessen | <input type="checkbox"/> |

Schuldgefühle

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich habe keine besonderen Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich habe oft Schuldgefühle wegen Dingen, die ich getan habe oder hätte tun sollen | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich habe die meiste Zeit Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe ständig Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> |

Bestrafungsgefühle

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich habe nicht das Gefühl, für etwas bestraft zu sein | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich erwarte, bestraft zu werden | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein | <input type="checkbox"/> |

Selbstablehnung

- | | |
|---|--------------------------|
| 0. Ich halte von mir genauso viel wie immer | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich habe Vertrauen in mich verloren | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich bin von mir enttäuscht | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ich lehne mich völlig ab | <input type="checkbox"/> |

Selbstvorwürfe

- | | |
|--|--------------------------|
| 0. Ich kritisiere oder tadle mich nicht mehr als sonst | <input type="checkbox"/> |
| 1. Ich bin mir gegenüber kritischer als sonst | <input type="checkbox"/> |

2. Ich kritisiere mich für all meine Mängel	<input type="checkbox"/>
3. Ich gebe mir die Schuld für alles Schlimme, was passiert ist	<input type="checkbox"/>
Selbstmordgedanken	
0. Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun	<input type="checkbox"/>
1. Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nie tun	<input type="checkbox"/>
2. Ich möchte mich am liebsten umbringen	<input type="checkbox"/>
3. Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit dazu hätte	<input type="checkbox"/>
Weinen	
0. Ich weine nicht öfter als früher	<input type="checkbox"/>
1. Ich weine jetzt mehr als früher	<input type="checkbox"/>
2. Ich weine beim geringsten Anlass	<input type="checkbox"/>
3. Ich möchte gern weinen, aber ich kann nicht	<input type="checkbox"/>
Unruhe	
0. Ich bin nicht unruhiger als sonst	<input type="checkbox"/>
1. Ich bin unruhiger als sonst	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin so unruhig, dass es mir schwerfällt, still zu sitzen	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin so unruhig, dass ich mich ständig bewegen oder etwas tun muss.	<input type="checkbox"/>
Interessenverlust	
0. Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder an Tätigkeiten nicht verloren	<input type="checkbox"/>
1. Ich habe weniger Interesse an anderen Menschen oder an Dingen als sonst	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe das Interesse an anderen Menschen oder Dingen zum grössten Teil verloren.	<input type="checkbox"/>
3. Es fällt mir schwer, mich überhaupt für irgendetwas zu interessieren.	<input type="checkbox"/>
Entschlussunfähigkeit	
0. Ich bin so entschlussfreudig wie immer	<input type="checkbox"/>
1. Es fällt mir schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir sehr viel schwerer als sonst, Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe Mühe, überhaupt Entscheidungen zu treffen.	<input type="checkbox"/>
Wertlosigkeit	
0. Ich fühle mich nicht wertlos	<input type="checkbox"/>
1. Ich halte mich für weniger wertvoll und nützlich als sonst	<input type="checkbox"/>
2. Verglichen mit anderen Menschen fühle ich mich viel weniger wert	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich völlig wertlos	<input type="checkbox"/>
Energieverlust	
0. Ich habe so viel Energie wie immer	<input type="checkbox"/>
1. Ich habe weniger Energie als sonst.	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe so wenig Energie, dass ich kaum noch etwas schaffe	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe keine Energie mehr, um überhaupt noch etwas zu tun	<input type="checkbox"/>
Veränderungen der Schlafgewohnheiten	
0. Meine Schlafgewohnheiten haben sich nicht verändert.	<input type="checkbox"/>
1a. Ich schlafe etwas mehr als sonst	<input type="checkbox"/>
1b. Ich schlafe etwas weniger als sonst.	<input type="checkbox"/>
2a. Ich schlafe viel mehr als sonst	<input type="checkbox"/>
2b. Ich schlafe viel weniger als sonst	<input type="checkbox"/>
3a. Ich schlafe fast den ganzen Tag.	<input type="checkbox"/>
3b. Ich wache 1-2 Stunden früher auf als gewöhnlich und kann dann nicht mehr einschlafen	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	
0. Ich bin nicht reizbarer als sonst.	<input type="checkbox"/>
1. Ich bin reizbarer als sonst	<input type="checkbox"/>
2. Ich bin viel Reizbarer als sonst	<input type="checkbox"/>
3. Ich fühle mich dauernd gereizt	<input type="checkbox"/>
Veränderungen des Appetits	
0. Mein Appetit hat sich nicht verändert	<input type="checkbox"/>

1a. Mein Appetit ist etwas schlechter als sonst.	<input type="checkbox"/>
1b. Mein Appetit ist etwas grösser als sonst.	<input type="checkbox"/>
2a. Mein Appetit ist viel schlechter als sonst.	<input type="checkbox"/>
2b. Mein Appetit ist viel grösser als sonst.	<input type="checkbox"/>
3a. Ich habe überhaupt keinen Appetit.	<input type="checkbox"/>
3b. Ich habe ständig Heiss hunger	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	
0. Ich kann mich so gut konzentrieren wie immer	<input type="checkbox"/>
1. Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren wie sonst	<input type="checkbox"/>
2. Es fällt mir schwer, mich längere Zeit auf irgendetwas zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>
3. Ich kann mich überhaupt nicht mehr konzentrieren	<input type="checkbox"/>
Ermüdung oder Erschöpfung	
0. Ich fühle mich nicht müder oder erschöpfter als sonst.	<input type="checkbox"/>
1. Ich werde schneller müde oder erschöpft als sonst	<input type="checkbox"/>
2. Für viele Dinge, die ich üblicherweise tue, bin ich zu müde oder erschöpft	<input type="checkbox"/>
3. Ich bin so müde und erschöpft, dass ich fast nichts mehr tun kann	<input type="checkbox"/>
Verlust an sexuellem Interesse	
0. Mein Interesse an Sexualität hat sich in letzter Zeit nicht verändert	<input type="checkbox"/>
1. Ich interessiere mich weniger für Sexualität als früher	<input type="checkbox"/>
2. Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sexualität	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe das Interesse an Sexualität völlig verloren	<input type="checkbox"/>

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Einige der Fragen, die wir Ihnen stellen werden, sind sensibel. Es kann sein, dass es schwieriger ist, sie zu beantworten. Wenn Sie sich bei der Beantwortung dieser Fragen schlecht fühlen, wenden Sie sich bitte an eine Organisation, die Unterstützung anbietet. Sie erreichen sie telefonisch unter 143 oder schriftlich unter www.143.ch. Dieser Kontakt erfolgt völlig anonym

98. Haben Sie ein/e biologisches/n Kind/Kinder?

Nur eine Antwort möglich

☐ Nein (gehen Sie direkt zu Frage 101)

☐ Ja, Gesamtzahl der leiblichen Kinder: _____?

99. Bitte machen Sie für jedes Ihrer leiblichen Kinder in der folgenden Tabelle Angaben zu Geschlecht, Geburtsjahr, Geburtsgewicht, eventueller Frühgeburtlichkeit und Stillen:

Kind	Geschlecht		Jahr der Geburt	Geburtsgewicht	Zu früh geboren?			Stillen			Missbildung (p. z.B. Herz, Gehör, Spina bifida...)
	♂	♀			Ja	Nein	Wie viele Wochen der Amenorrhoe (WA)	Ja	Nein	Wie viele Monate (*)	
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> Monate	
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

□ □ □□□ □□□□ g □ □ □ □

□ □ □□□ □□□□ g □ □ □ □

100. Gab es in der Partnerschaft Fehlgeburten oder ein tot geborenes Kind?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wie oft?

- Fehlgeburt _____
- Totgeborenes Kind _____

In welcher(n) Schwangerschaftswoche(n) (WA)?

- Fehlgeburt _____
- Totgeborenes Kind _____

☐ Ich möchte nicht antworten

101. Haben Sie jemals mindestens 1 Jahr lang (6 Monate, wenn Sie über 35 Jahre alt waren) erfolglos versucht, ein Kind zu bekommen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wurde eine medizinische Diagnose gestellt?

☐ Nein

☐ Ja, Diagnose :

☐ Unfruchtbarkeit des Mannes (bitte angeben) _____

☐ Unfruchtbarkeit der Frau (bitte angeben) _____

☐ Andere (bitte angeben) _____

☐ Grund unbekannt

☐ Ich möchte nicht antworten

GESUNDHEIT DER FRAU
(NUR VON FRAUEN AUSZUFÜLLEN)

102. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Menstruation?

☐ ☐ Jahre

☐ Ich möchte nicht antworten

103. Wann hatten Sie Ihre letzte Periode?

☐ Weniger als 3 Monate

☐ Zwischen 3 und 12 Monaten

☐ Mehr als 12 Monate
Jahr ☐☐☐☐

☐ Ich weiss nicht

☐ Ich möchte nicht antworten

104. Gemäss Ihren letzten drei Zyklen ist Ihre Periode:

Geben Sie nur eine Antwort an.

☐ Regelmässig natürlich

☐ Regelmässig unter Hormonbehandlung (z.B. Pille)

☐ Unregelmässig

☐ Ich weiss nicht

☐ Ich möchte nicht antworten

105. Wie lange dauert Ihr Menstruationszyklus im Durchschnitt?

☐ ☐ Tage

☐ Meine Zyklen sind zu unregelmässig

☐ Ich möchte nicht antworten

106. Was ist der Grund dafür, dass Ihre Periode seit 3 oder mehr Monaten ausbleibt (falls in Frage 103 angegeben)?

Nur eine Antwort ist möglich.

☐ Ich befinde mich in den Wechseljahren

☐ Ich stille

☐ Ich bin schwanger

☐ Ich bin Spitzensportlerin

☐ Ich hatte eine Gebärmutterentfernung

☐ Mir wurden beide Eierstöcke entfernt

☐ Ich nehme eine kontinuierliche Hormonbehandlung (Pille, Spirale oder andere).

Bitte angeben: _____

☐ Anderer Grund

Bitte angeben: _____

☐ Ich weiss nicht

☐ Ich möchte nicht antworten

107. Nehmen Sie Hormonersatztherapien wie Östrogen, Gestagen oder eine Kombination aus beidem ein oder haben Sie diese jemals eingenommen (z. B. zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden oder des Ausbleibens der Menstruation)?

*Bitte berücksichtigen Sie alle Formen der Behandlung: Tabletten, Cremes oder Gelee, Pflaster, Injektionen, Zäpfchen oder Tropfen.
Nur eine Antwort ist möglich.*

- ☐ Nein
- ☐ Ja, in der Vergangenheit
- ☐ Ja, aktuell
- ☐ Ich weiss es nicht
- ☐ Ich möchte nicht antworten

108. Verwenden Sie derzeit eine hormonelle Verhütungsmethode?

*Bitte berücksichtigen Sie alle Formen der Behandlung: Tabletten, Cremes oder Gelee, Pflaster, Injektionen, Zäpfchen oder Tropfen.
Nur eine Antwort ist möglich.*

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Welche?

- ☐ Pille
- ☐ Hormonimplantat
- ☐ Hormonspirale
- ☐ Kupferspirale
- ☐ Vaginalring
- ☐ Andere Hormonbehandlung

Name des Produkts: _____

Seit welchem Alter? ☐☐ Jahren

- ☐ Ich möchte nicht antworten

109. Waren Sie jemals schwanger, während Sie aktiv als Busfahrerin gearbeitet haben?

- ☐ Ja ☐ Nein
- ☐ Ich möchte nicht antworten

110. Wenn ja, haben Sie von Arbeitsplatzanpassungen oder anderen Maßnahmen des Arbeitgebers profitiert?

- ☐ Ja
- Können Sie sie beschreiben?: _____
- ☐ Nein
- ☐ Ich möchte nicht antworten

MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE IN DER FAMILIE

111. Sind Ihre biologischen Eltern verstorben?

☐ Ja, mein Vater ☐ Ja, meine Mutter ☐ Nein ☐ Ich weiss nicht

Wenn ja für meinen Vater, in welchem Alter? Jahre

Wenn ja, was war die Todesursache? _____

Wenn ja für meine Mutter, in welchem Alter? Jahre

Wenn ja, was war die Todesursache? _____

112. Wurde bei Ihren Eltern eine dieser Krankheiten diagnostiziert? Kreuzen Sie die entsprechenden Kästchen an und geben Sie ggf. das Alter bei der Diagnose an (auch wenn nur annähernd) :

	Biologischer Vater	Biologische Mutter
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie die Krebsart bzw. - lokalisierung an _____		
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Geben Sie die Krebsart an _____		
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Plötzlicher Tod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Alzheimer-Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Schwere psychiatrische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie an welche : _____		
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Selbstmord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Diabetes Typ II (DNID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Dialyse oder Nierentransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alter bei der Diagnose <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre

☐ Ich möchte nicht antworten

TEIL C : Ihr Lebensgleichgewicht

Wir werden Ihnen nun einige Fragen zu Ihrer Lebensgleichgewicht stellen. Es werden Fragen zu Ihrem Wohlbefinden, Ihren Ess- und Bewegungsgewohnheiten usw. gestellt. Bitte beantworten Sie jede Frage so genau wie möglich. Nehmen Sie sich genug Zeit, um sie zu beantworten.

Einige der Fragen, die wir Ihnen stellen werden, sind sensibel. Es kann sein, dass es schwieriger ist, sie zu beantworten. Wenn Sie sich bei der Beantwortung dieser Fragen schlecht fühlen, wenden Sie sich bitte an eine Organisation, die Unterstützung anbietet. Sie erreichen sie telefonisch unter 143 oder schriftlich unter www.143.ch. Dieser Kontakt erfolgt völlig anonym.

EINIGE FRAGEN ZU IHNEN

Ihre Persönlichkeit

1. Nachstehend finden Sie eine Reihe von Eigenschaften, die auf Sie zutreffen könnten. Würden Sie über sich z. B. sagen, dass Sie gerne Zeit mit anderen Menschen verbringen? Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, inwieweit Sie zustimmen. *Nur eine Antwort pro Zeile.*

	Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu
Ich bin eher ruhig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin einfühlsam, warmherzig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin eher unordentlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir oft Sorgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mich für Kunst, Musik und Literatur begeistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, die Führung zu übernehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin manchmal unhöflich und schroff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neige dazu, Aufgaben vor mir herzuschieben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft deprimiert, niedergeschlagen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mich interessieren abstrakte Überlegungen wenig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin voller Energie und Tatendrang.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schenke anderen leicht Vertrauen, glaube an das Gute im Menschen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin verlässlich, auf mich kann man zählen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin ausgeglichen, nicht leicht aus der Ruhe zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin originell, entwickle neue Ideen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lebensqualität und -zufriedenheit

1. Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und kreuzen Sie die Kästchen auf der Skala an, die für Sie am ehesten zutrifft.

	Sehr schlecht	Schlecht	Weder gut noch schlecht	Gut	Sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mässig	Ziemlich	Äusserst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut können Sie Ihr Leben geniessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie gut können Sie sich konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Gut	Sehr gut
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmässig	Gut	Sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder zufrieden noch unzufrieden	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EINIGE FRAGEN ZU IHREN ESSGEWOHNHEITEN

Ernährung

1. Wie oft nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?

Bitte jeweils nur eine Antwort pro Zeile ankreuzen.

Zwei Antworten pro Zeile: Häufigkeit von Lebensmitteln und Prozentsatz von Bio-Produkten.

	Selten / nie	1-mal im Monat	Alle 2 Woche n	1-2 Mal pro Woche	3-6 Mal pro Woche	1-mal am Tag	2-3 Mal am Tag	4 Mal pro Tag und mehr	Wie oft konsumieren Sie dabei Bioprodukte?			
									<10%	10-50%	50-90%	>90%
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

2. Fügen Sie am Tisch, zum Zeitpunkt des Essens, Ihren Speisen Salz zu? Bitte jeweils nur eine Antwort ankreuzen.

Nur eine Antwort möglich.

	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, oft (6-9 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, immer (10 von 10 Mahlzeiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie viel der folgenden Getränke trinken Sie normalerweise pro Tag? 1 Glas entspricht 0.2 L. Eine Antwort pro Zeile.

	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 (2-5 dL)	1 Glas pro Tag	1-6 Gläser pro Woche	Weniger als 1 Glas pro Woche
Fruchtsaft (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"/>
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"/>
Gesüsster Tee, Cola, Limonade, Eistee, Sirup, Schokoladengetränke, 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"/>
Getränke MIT Süsstoff (z.B. Diät-Eistee, 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"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungesüsster Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

4. Gab es einen Zeitpunkt in Ihrem Leben, an dem Sie täglich mehr als 5 Gläser eines alkoholischen Getränks (alle Getränke zusammen) getrunken haben?

☐ Ja ☐ Nein ☐ Ich weiss nicht

5. Trinken Sie derzeit Alkohol (alkoholische Getränke)?

☐ Ja ☐ Nein → gehen Sie weiter zu Frage 9 (Tabak und Koffein)

6. Wie viele Flaschen (3 dl) Bier haben Sie in den letzten 7 Tagen getrunken?

Flaschen (null, wenn keine)

7. Wie viele Gläser Wein (1 dl) haben Sie in den letzten 7 Tagen getrunken?

Gläser (null, wenn keine)

8. Wie viele Gläser Spirituosen (Cognac, Kirschwasser, Likör, Whisky, Schnaps usw.) (0,4 dl) haben Sie in den letzten 7 Tagen getrunken?

Gläser (null, wenn keine)

Tabak

9. Kreuzen Sie das Kästchen an, das Sie am besten beschreibt:

- ☐ Ich rauche zurzeit → gehen Sie zu Frage 10
☐ Ich habe geraucht, rauche aber zurzeit nicht → gehen Sie zu Frage 11
☐ Ich habe nie geraucht → gehen Sie zu Frage 12

10. Was ist das Hauptprodukt, das Sie derzeit rauchen? (Geben Sie die Menge an)

Zigaretten pro Tag
Zigarren pro Tag (null, wenn weniger als 1/Tag)
Zigarillos pro Tag (null, wenn weniger als 1/Tag)
Pfeife pro Tag (null, wenn weniger als 1/Tag)
E-Zigarette Flüssigkeit mit ☐ und/oder ohne ☐ Nikotin?

11. In welchem Alter haben Sie mit dem Rauchen begonnen und aufgehört?

Ich habe mit _____ Jahren angefangen. Ich habe mit _____ Jahren aufgehört

11a. Wie viele Jahre haben Sie während dieses Zeitraums nicht geraucht, wobei alle Zeiten des Nichtraucherens berücksichtigt wurden?

_____ Jahre

Passives Rauchen

12. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrem Arbeitsumfeld (Buskabinen, Pausen usw.) Tabakrauch ausgesetzt?

☐ Nein, nie ☐ Ja, einige Male ☐ Ja, regelmässig

13. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in Ihrem persönlichen Umfeld Tabakrauch ausgesetzt?

☐ Nein, nie ☐ ja, einige Male ☐ ja, regelmässig

Drogen

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

	Nie	Einmalig	Selten	Monatlich	Wöchentlich	Täglich
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (welche) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich möchte nicht antworten ☐

Einige Fragen zu Ihren Gewohnheiten zu Hause

Elektro- und Kommunikationsgeräte

15. Wie viele Elektro- und Kommunikationsgeräte (Telefon, Wecker, Computer...) haben Sie in Ihrem Schlafzimmer?

☐ Keine ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ mehr als 6

16. Wie viele Geräte, die Wellen vom Typ: Telefon oder Geräte mit WiFi-Verbindung haben Sie in Ihrem Schlafzimmer?

☐ Keine ☐ 1 à 3 ☐ 4 à 6 ☐ mehr als 6

17. Haben Sie eine WLAN-Box oder einen WLAN-Relais in Ihrem Schlafzimmer?

☐ Ja ☐ Nein

18. Benutzen Sie regelmässig (>1h pro Woche) eines der folgenden Geräte (Mehrfachnennungen möglich): Induktionsherde / Elektrische Heizgeräte im Bett (z.B. Heizdecke, Wasserbett) / Elektrischer Heizkörper (unmittelbare Nähe < 40 cm) / Magnetfeldmatratzen / Bohrmaschine / Haartrockner / keines.

☐ Elektrischer Heizkörper (unmittelbare Nähe < 40 cm)
☐ Bohrmaschine ☐ Haartrockner
☐ Induktionsherde ☐ Magnetische Matratzen
☐ Elektrische Heizgeräte im Bett (z.B. Heizdecke, Wasserbett).
☐ Keine

Commenté [HC5]: Pourquoi en rouge ?

19. Wie oft benutzen Sie Ihr Mobiltelefon?

- ☐ Ich habe kein Mobiltelefon ☐ Weniger als eine Stunde pro Tag
- ☐ 1 bis 2h pro Tag ☐ 2 bis 3h pro Tag ☐ 3 bis 4h pro Tag ☐ 4 bis 5h pro Tag ☐ mehr als 5h pro Tag

20. Wie viel Zeit haben Sie in der letzten Woche insgesamt mit Telefonieren ohne Headset (das Telefon an das Ohr gedrückt) verbracht?

- ☐ Ich habe kein Mobiltelefon
- ☐ < 1 Minute pro Tag ☐ 1-10 Minuten pro Tag ☐ 10 - 20 Minuten pro Tag
- ☐ 20 - 40 min pro Tag ☐ 40 min - 60 min pro Tag ☐ 1h - 2h pro Tag
- ☐ > 2h pro Tag

**21. Was ist die Hauptnutzung (die die meiste Zeit auf Ihrem Mobiltelefon ausmacht)?
Telefonanruf / Medien / soziale Netzwerke / Spiele / Dienstprogramme / Sonstiges?**

- ☐ Telefonanrufe ☐ Medien ☐ soziale Netzwerke
- ☐ Spiele ☐ Dienstprogramme ☐ Sonstiges

22. Wie lange vor dem Schlafengehen hören Sie auf, Bildschirme zu benutzen (Telefon, TV, Computer...)?

- ☐ Weniger als eine Stunde ☐ 1 bis 2 Std. ☐ 2 bis 3h ☐ 3 bis 4h ☐ 4 bis 5h ☐ mehr als 5h

23. Haben Sie schon einmal einen elektrischen Schlag erhalten?

- ☐ Ja ☐ Nein

IHRE KÖRPERLICHE AKTIVITÄT

Mit dem folgenden Fragebogen soll herausgefunden werden, welche Art von körperlichen Aktivitäten Menschen in ihrem alltäglichen Leben haben. Die Befragung bezieht sich auf die Zeit, die Sie während der letzten 7 Tage in körperlicher Aktivität verbracht haben.

- Bitte beantworten Sie alle Fragen (auch wenn Sie sich selbst nicht als körperlich aktive Person ansehen).
- Bitte berücksichtigen Sie die Aktivitäten im Rahmen Ihrer Arbeit, in Haus und Garten, um von einem Ort zum anderen zu kommen und in ihrer Freizeit für Erholung, Leibesübungen und Sport.
- Ihre körperlichen Bewegungsaktivitäten können in den letzten 7 Tagen sehr unterschiedlich gewesen sein. Bitte zählen Sie dann die einzelnen Zeiten an diesen Tagen einfach zusammen.

1. Denken Sie an alle ihre **anstrengenden Aktivitäten** in den **vergangenen 7 Tagen**. **Anstrengende Aktivitäten** bezeichnen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie **deutlich stärker atmen** als normal. Bitte denken Sie nur an diese körperlichen Aktivitäten, die Sie **mindestens für 10 Minuten ohne Unterbrechung** verrichtet haben.

1.1 An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** haben Sie **anstrengende** körperliche Aktivitäten wie schweres Heben, Graben, Aerobic, schnelles Fahrradfahren verrichtet?

Tage pro Woche wenn 0 → gehen Sie weiter zu Frage 2

1.2 Wie viel Zeit haben Sie an diesen Tagen insgesamt für **anstrengende** körperliche Aktivität verwendet?

Stunden Minuten

2. Denken Sie an alle ihre **moderaten körperlichen Aktivitäten** in den **vergangenen 7 Tagen**. **Moderate Aktivitäten** bezeichnen Aktivitäten, die moderate körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie **ein wenig stärker atmen** als normal. Bitte denken Sie nur an diese körperlichen Aktivitäten, die Sie **mindestens für 10 Minuten ohne Unterbrechungen** durchgeführt haben.

2.1 Wie viele Tage gab es **in den letzten 7 Tagen**, an denen Sie **moderate körperliche Aktivitäten** durchgeführt haben (z. B. leichte Lasten tragen, staubsaugen, gemütlich Fahrrad fahren oder Volleyball spielen)? Schliessen Sie Spaziergänge nicht mit ein.

Tag(e) wenn 0 → gehen Sie weiter zu Frage 3

2.2 Wie viel Zeit haben Sie an diesen Tagen insgesamt für **moderate körperliche Aktivitäten** verwendet?

Stunden Minuten

3. Denken Sie an die Zeit, die mit **zu Fuss gehen** in den **vergangenen 7 Tagen** verbrachten. Dieses schliesst Zeiten bei der Arbeit und zu Hause, zu Fuss Gehen um von einem Ort zum anderen zu gelangen sowie alles andere Gehen ein, was Sie nur zur Erholung, Sport, Bewegung, Freizeit getan haben.

3.1 An wie vielen der **vergangenen 7 Tage** sind Sie **mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechungen zu Fuss gegangen**?

Tag(e) ☐ Ich habe keinen Spaziergang gemacht → gehen Sie zu Frage 4

3.2 Wie viel Zeit haben Sie an diesen Tagen insgesamt mit zu Fuss gehen verbracht?

Stunden Minuten

4. Diese Frage bezieht sich auf die Zeit, die Sie in den **vergangenen 7 Tagen** an **Wochentagen mit Sitzen verbracht haben**. Dieses schliesst die Zeiten bei der Arbeit, zu Hause, bei Seminaren und in der Freizeit ein. Dies kann Zeit beinhalten wie Sitzen am Schreibtisch, Besuchen von Freunden, Lesen und vor dem Fernseher sitzen oder liegen.

4.1 Wie viel Zeit haben Sie in den vergangenen 7 Tage insgesamt mit Sitzen verbracht?

Stunde(n) Minute(n) pro Tag ☐ Ich weiss nicht

Ihr Stress

1. Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten.

(Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an)

	Nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Sehr oft
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass die Dinge so liefen, wie Sie es wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft waren Sie im letzten Monat in der Lage, Ihre Nervosität zu beherrschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass Sie die Situation beherrschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie sich im letzten Monat irritiert gefühlt, weil sich die Ereignisse Ihrer Kontrolle entzogen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihr Schlaf

1. Wir werden Ihnen jetzt einige Fragen zu Ihrem Schlaf stellen. Wählen Sie die Antwort, die am besten passt.

Im Vormonat ... *Nur eine Antwort pro Zeile*

	Nie	Manchmal	Oft	Immer
Hatten Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen, beim Durchschlafen einzuschlafen, durchzuschlafen oder fühlten Sie sich am Morgen unausgeschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie ungewollt eingeschlafen oder mussten Sie kämpfen, um tagsüber wach zu bleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Schlafschwierigkeiten oder Tagesmüdigkeit Ihre täglichen Aktivitäten beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die Arbeit oder andere Aktivitäten Sie daran gehindert, genügend Schlaf zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie laut geschnarcht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im Schlaf den Atem angehalten, Atempausen gemacht oder aufgehört zu atmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hatten Sie nachts einen fast unwiderstehlichen Drang, Ihre Beine zu bewegen (unruhige Beine), der durch das Bewegen der Beine verschwand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie während des Schlafs periodische Beinbewegungen oder Muskelkrämpfe in den Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie Alpträume oder haben Sie im Schlaf geschrien, gelaufen, geschlagen oder getreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben die folgenden Dinge Ihren Schlaf gestört?				
Schmerzen Bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere körperliche Probleme Bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamente Bitte angeben: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte angeben: _____				
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitte angeben: _____				
Haben Sie sich traurig oder ängstlich gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[Ende der Suche] Ihre Präferenzen für die TRAPHEAC-Kohorte und Ihre Erwartungen

WIR WÜRDEN GERNE IHRE MEINUNG HÖREN

Wir bieten Informationen über die Kohorte, Studienergebnisse etc.: Nachrichtenblatt, Aktuelles auf der Website, Newsletter.

1. Haben Sie den Newsletter (Informationsschreiben, das 2-3 Mal pro Jahr an Ihre E-Mail-Adresse geschickt wird) abonniert?

- ☐ Ja
☐ Nein, aber ich habe es vor
☐ Nein, ich möchte ihn nicht erhalten
☐ Nein, ich habe kein E-Mail-Postfach oder Internetzugang

Wenn Sie sich anmelden möchten, gehen Sie auf die Website von TRAPHEAC (www.XXX.ch) und klicken Sie auf "Newsletter abonnieren" (oben rechts auf der Startseite).

2. Wenn Sie über Neuigkeiten informiert werden möchten, geben Sie bitte an, auf welchem Weg:

- ☐ Per Mail
☐ Per Telefon
☐ Nein, ich möchte keine Informationen erhalten

2.1 Wenn Sie telefonisch über Neuigkeiten informiert werden möchten, geben Sie bitte Ihre Nummer an:

3. In der Zukunft könnten verschiedene zusätzliche Studien durchgeführt werden, um die Ergebnisse der Fragebögen zu vertiefen. Wir möchten wissen, ob Sie bereit wären, daran teilzunehmen. Wären Sie interessiert... (mehrere Antworten möglich)

- ☐ an klinischen Untersuchungen teilzunehmen
☐ Informationen im Zusammenhang mit Ihrer Krankenakte auszutauschen
☐ Ich weiss noch nicht
☐ Nein, ich bin nicht interessiert

4. Ihre Meinung ist uns wichtig. Hier können Sie uns Ihre Wünsche, Kommentare, Vorschläge für zusätzliche zu untersuchende Themen oder Themenbereiche oder Ihre Kritik mitteilen:

Wir danken Ihnen für die Zeit, die Sie sich für unsere Studie genommen haben!

Das TRAPHEAC-Team