

ZA5533

Präventionssurvey Rheinland-Pfalz (2006 und 2010)

- Fragebogen -



Fragebogen

Vorsorge und Prävention

Präventionssurvey Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. Waldemar Vogelgesang

Prof. Dr. Rüdiger Jacob

Prof. Dr. Johannes Kopp

1. Sind Sie ...?				
Weiblich				<input type="checkbox"/>
Männlich				<input type="checkbox"/>

2. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?				
Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)				<input type="checkbox"/>
Ersatzkasse wie Barmer, DAK, Techniker usw.				<input type="checkbox"/>
Betriebskrankenkasse/Innungskrankenkasse				<input type="checkbox"/>
Andere gesetzliche Krankenkasse wie z. B. See- oder Landwirtschaftliche Krankenkasse				<input type="checkbox"/>
Private Krankenversicherung				<input type="checkbox"/>
Habe keine Krankenversicherung				<input type="checkbox"/>

3. Haben Sie einen Hausarzt, den Sie in der Regel bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?				
Ja				<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 6)				<input type="checkbox"/>

4. Hat Ihr Arzt Sie schon einmal nach Ihren Impfungen gefragt?				
Ja				<input type="checkbox"/>
Nein				<input type="checkbox"/>

5. Sind Sie von Ihrem Arzt schon einmal an anstehende Auffrischungsimpfungen erinnert worden?				
Ja				<input type="checkbox"/>
Nein				<input type="checkbox"/>

6. Haben Sie einen Impfausweis?				
Ja				<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 8)				<input type="checkbox"/>

7. Können Sie Ihrem Impfausweis entnehmen, wann Sie welche Impfung brauchen?				
Ja				<input type="checkbox"/>
Nein				<input type="checkbox"/>
Weiß nicht				<input type="checkbox"/>

8. Wogegen sind Sie geimpft?				
	Ja	Nein	Weiß nicht	Wann zuletzt: (bitte Jahr eintragen)
Diphterie (Atemwegserkrankung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Vorsorge und Prävention

Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Polio (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis B (Gelbsucht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gelbfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Typhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cholera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pertussis / Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tollwut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pocken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ruhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Zeckenimpfung / FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Borreliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

9. Nach wie vielen Jahren muss Ihrer Meinung nach eine Impfung aufgefrischt werden, bei ...

	In Jahren	Weiß nicht
Diphtherie	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sie haben angegeben nicht geimpft zu sein bzw. Ihr Impfschutz ist unvollständig. Warum haben Sie sich nicht impfen lassen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Habe nicht an Impfung gedacht	<input type="checkbox"/>
Lehne Impfungen generell ab	<input type="checkbox"/>
Habe Angst vor Impfschäden	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gründe, nämlich: _____	<input type="checkbox"/>
Kosten zu hoch / Impfung zu teuer	<input type="checkbox"/>
Fehlende Information	<input type="checkbox"/>
Zeitmangel	<input type="checkbox"/>
Angst vor Spritze	<input type="checkbox"/>
Arzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/>
Halte Impfung für nicht notwendig	<input type="checkbox"/>
Dachte Impfschutz wäre vollständig	<input type="checkbox"/>
Nachlässigkeit	<input type="checkbox"/>

11. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten gegen Grippe impfen lassen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 14)	<input type="checkbox"/>

12. War dies Ihre bisher erste Gripeschutzimpfung?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

13. Haben Sie sich wegen der Vogelgrippe gegen Grippe impfen lassen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 15)	<input type="checkbox"/>

14. Warum haben Sie sich nicht gegen Grippe impfen lassen? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Vorsorge und Prävention

Fehlende Information	<input type="checkbox"/>
Angst vor Impfschäden	<input type="checkbox"/>
Angst vor Spritze	<input type="checkbox"/>
Impfung zu teuer	<input type="checkbox"/>
Zeitmangel, Impfung zu aufwendig	<input type="checkbox"/>
Glaube nicht an die Wirksamkeit der Grippeimpfung	<input type="checkbox"/>
Krankheit ist zu selten	<input type="checkbox"/>
Dachte Impfschutz wäre vollständig	<input type="checkbox"/>
Schlechte Erfahrung	<input type="checkbox"/>
Arzt hat abgeraten	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

15. Wurden Sie vor Ihrer letzten Impfung über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 17)	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

16. Durch wen oder was wurden Sie aufgeklärt?

Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin	<input type="checkbox"/>
Gespräch mit dem / der ArzthelferIn	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Information	<input type="checkbox"/>

17. Fänden Sie es gut, wenn Sie regelmäßig (z.B. durch Ärzte) per Post an Impfungen erinnert würden?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>

18. Messen Sie sich selbst regelmäßig oder gelegentlich zu Hause Ihren Blutdruck?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 20)	<input type="checkbox"/>

19. Wie hoch ist Ihr Blutdruck ungefähr?

Systolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diastolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht				<input type="checkbox"/>

20. Nehmen Sie blutdrucksenkende Mittel ein?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

21. Ab welchem Wert hat man Ihrer Meinung nach Bluthochdruck?

Systolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Diastolisch	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht				<input type="checkbox"/>

**22. Was sind Ihrer Meinung nach Risikofaktoren für einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

Stress	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>
Fehlernährung	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>
Pille	<input type="checkbox"/>
Genetische Disposition	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Sport	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

**23. Kennen Sie die sog. Gesundheitsuntersuchung, die auch Check-Up 35 genannt wird?
Zu dieser Untersuchung gehören Ganzkörperuntersuchung, Urintest, genaue Blutwertbestimmung sowie Belastungs- bzw. Langzeit- EKG.**

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 27)	<input type="checkbox"/>

24. Hat Sie Ihr Hausarzt schon mal auf diese Untersuchung hingewiesen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

25. Nehmen Sie am Check-up 35 regelmäßig teil?

Regelmäßig (alle zwei Jahre) (→ weiter mit Frage Nr. 27)	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

**26. Warum nehmen Sie unregelmäßig oder gar nicht am Check-up 35 teil?
(Mehrfachnennungen sind möglich)**

Aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>
Weil mir die Untersuchung unangenehm ist	<input type="checkbox"/>
Aus Angst vor der Diagnose	<input type="checkbox"/>
Aus Zeitgründen	<input type="checkbox"/>
Weil kein geeigneter Arzt in der Nähe ist	<input type="checkbox"/>
Kein Interesse an der Untersuchung	<input type="checkbox"/>

27. Wie hoch schätzen Sie Ihr persönliches Risiko ein,

	Hoch	Mittel	Niedrig
... einen Herzinfarkt zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Schlaganfall zu erleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an Krebs zu erkranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Wie hoch schätzen Sie das allgemeine Risiko in Deutschland ein,

	Hoch	Mittel	Niedrig
--	------	--------	---------

... einen Herzinfarkt zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... einen Schlaganfall zu erleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an Krebs zu erkranken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Sind Sie selbst oder jemand aus Ihrem näheren Umfeld bereits an einer der folgenden Krankheiten erkrankt?

	Bluthochdruck	Diabetes	Herzinfarkt/Schlaganfall	Krebs
Sie selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutsverwandte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Verwandte / Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Gerade das Thema Krebs beschäftigt sehr viele Menschen. Zur Verbreitung und Entstehung dieser Krankheiten gibt es verschiedene Haltungen und Ansichten in der Bevölkerung. Wir haben einige davon zusammengestellt.

	Stimme zu	Teils/Teils	Stimme nicht zu
Krebs ist eine typische Frauenkrankheit, Männer sind davon eher seltener betroffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs ist in erster Linie eine Krankheit des fortgeschrittenen Lebensalters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs wird vererbt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die meisten Krebserkrankungen sind auf eine falsche Lebensweise zurückzuführen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auch wenn ein Krebs früh erkannt wird, sind die Heilungschancen schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über Krebs ist immer noch sehr wenig bekannt, auch die Medizin bietet hier kaum verlässliches Wissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs ist ansteckend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestimmte Krebserkrankungen können durch Vorsorgeuntersuchungen ausgelöst oder übertragen werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Was sind Ihrer Meinung nach Risikofaktoren für eine Krebserkrankung?

Chemikalien (Asbest)	<input type="checkbox"/>
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>
Genetische Disposition	<input type="checkbox"/>
Handystrahlung	<input type="checkbox"/>
Lange Sonnenbäder	<input type="checkbox"/>
Pille	<input type="checkbox"/>
Radioaktive Strahlung	<input type="checkbox"/>
Rauchen	<input type="checkbox"/>
Übergewicht	<input type="checkbox"/>
Übermäßiger Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>
Zu wenig Bewegung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/>

32. Welche Krankheiten können Ihrer Meinung nach bei einer Krebsvorsorgeuntersuchung erkannt werden?

Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Darmkrebs	<input type="checkbox"/>
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterhalskrebs	<input type="checkbox"/>
Hautkrebs	<input type="checkbox"/>
Hodenkrebs	<input type="checkbox"/>
Prostatakrebs	<input type="checkbox"/>
Bauchspeicheldrüsenkrebs	<input type="checkbox"/>
Harnblasenkrebs	<input type="checkbox"/>
Kehlkopfkrebs	<input type="checkbox"/>
Leukämie	<input type="checkbox"/>
Lungenkrebs	<input type="checkbox"/>
Lymphdrüsenkrebs	<input type="checkbox"/>
Magenkrebs	<input type="checkbox"/>
Mundhöhlen- und Rachenkrebs	<input type="checkbox"/>
Nierenkrebs	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenkrebs	<input type="checkbox"/>
Speiseröhrenkrebs	<input type="checkbox"/>
Alle	<input type="checkbox"/>

33. Halten Sie Krebsvorsorgeuntersuchungen für sinnvoll?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Teil teils	<input type="checkbox"/>

34. Nehmen Sie selbst an Krebsvorsorgeuntersuchungen teil?

Regelmäßig (→ weiter mit Frage Nr. 36)	<input type="checkbox"/>
Unregelmäßig	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht	<input type="checkbox"/>

35. Warum haben Sie bisher Vorsorgeuntersuchungen nicht oder nur unregelmäßig in Anspruch genommen?

Aus Altersgründen	<input type="checkbox"/>
Weil mir die Untersuchung unangenehm ist	<input type="checkbox"/>
Aus Angst vor der Diagnose	<input type="checkbox"/>
Aus Zeitgründen	<input type="checkbox"/>
Weil kein geeigneter Arzt in der Nähe ist	<input type="checkbox"/>
Kein Interesse an der Untersuchung (→ weiter mit Frage Nr. 38)	<input type="checkbox"/>

36. Haben Sie auch an Untersuchungen teilgenommen, die Sie selbst bezahlen mussten?

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

Nein (→ weiter mit Frage Nr. 38)

☐

37. Welche Untersuchung haben Sie selbst bezahlt? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Ultraschalluntersuchung Unterleib

☐

Ultraschalluntersuchung Brust

☐

Humanpapillomvirentest (HPV)

☐

Mammographie

☐

Prostatauntersuchung

☐

Hautuntersuchung

☐

38. Nun ein paar Fragen zum Thema Rauchen. Was trifft auf Sie zu?

Ich bin Raucher (→ Frage Nr. 41 auslassen)

☐

Ich war früher Raucher, habe aber damit aufgehört (→ weiter mit Frage Nr. 40)

☐

Ich war noch nie Raucher (→ weiter mit Frage Nr. 43)

☐

39. Zu welchem Rauchertyp würden Sie sich zählen?

Gelegenheitsraucher

☐

Mäßigere Raucher

☐

Starker Raucher

☐

Kettenraucher

☐

40. Wie alt waren Sie als Sie mit dem Rauchen angefangen haben?

_____ Alter

☐

Weiß nicht

☐

41. Warum haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

Aus finanziellen Gründen

☐

Aus gesundheitlichen Gründen

☐

Sonstiges, und zwar: _____

☐

42. Wie viele Zigaretten rauchen Sie ungefähr an einem gewöhnlichen Tag?

_____ durchschnittliche Anzahl der Zigaretten

43. Wo wird in Ihrer direkten Umgebung geraucht?

In der Familie / zu Hause

☐

Am Arbeitsplatz

☐

An anderen Orten

☐

Gar nicht

☐

44. Trinken Sie hin und wieder Alkohol?

Ja

☐

Nein (→ weiter mit Frage Nr. 51)	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------

45. Trinken Sie Bier, Biermixgetränke oder Alcopops (z.B. Rigo, Bacardi-Breezer)

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 47)	<input type="checkbox"/>

46. Wie viele Flaschen Bier, Biermixgetränke oder Alcopops trinken Sie ungefähr pro Woche?

Weniger als 1 Flasche	<input type="checkbox"/>
1 Flaschen	<input type="checkbox"/>
2 Flaschen	<input type="checkbox"/>
3 Flaschen	<input type="checkbox"/>
4 Flaschen	<input type="checkbox"/>
5 Flaschen	<input type="checkbox"/>
6 Flaschen	<input type="checkbox"/>
7 Flaschen	<input type="checkbox"/>
8 Flaschen	<input type="checkbox"/>
9 Flaschen	<input type="checkbox"/>
10 Flaschen	<input type="checkbox"/>
11 Flaschen	<input type="checkbox"/>
12 Flaschen	<input type="checkbox"/>
13 Flaschen	<input type="checkbox"/>
14 Flaschen	<input type="checkbox"/>
15 Flaschen	<input type="checkbox"/>
16 Flaschen	<input type="checkbox"/>
17 Flaschen	<input type="checkbox"/>
18 Flaschen	<input type="checkbox"/>
19 Flaschen	<input type="checkbox"/>
20 Flaschen (= ein Kasten)	<input type="checkbox"/>
Mehr als 20 Flaschen	<input type="checkbox"/>

47. Trinken Sie Wein oder Sekt?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 49)	<input type="checkbox"/>

48. Wie viele Flaschen Wein oder Sekt trinken sie ungefähr pro Woche?

Weniger als 1 Flasche	<input type="checkbox"/>
1 Flasche	<input type="checkbox"/>
2 Flaschen	<input type="checkbox"/>
3 Flaschen	<input type="checkbox"/>
4 Flaschen	<input type="checkbox"/>
5 Flaschen	<input type="checkbox"/>
6 Flaschen	<input type="checkbox"/>
7 Flaschen	<input type="checkbox"/>
8 Flaschen	<input type="checkbox"/>

Vorsorge und Prävention

9 Flaschen	<input type="checkbox"/>
10 Flaschen	<input type="checkbox"/>
Mehr als 10 Flaschen	<input type="checkbox"/>

49. Trinken Sie hin und wieder Spirituosen, wie z.B. Schnaps?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 51)	<input type="checkbox"/>

50. Wie viele Gläser Spirituosen, wie z.B. Schnaps trinken Sie ungefähr pro Woche?

Weniger als 1 Glas	<input type="checkbox"/>
1 Glas	<input type="checkbox"/>
2 Gläser	<input type="checkbox"/>
3 Gläser	<input type="checkbox"/>
4 Gläser	<input type="checkbox"/>
5 Gläser	<input type="checkbox"/>
6 Gläser	<input type="checkbox"/>
7 Gläser	<input type="checkbox"/>
8 Gläser	<input type="checkbox"/>
9 Gläser	<input type="checkbox"/>
10 Gläser	<input type="checkbox"/>
11 Gläser	<input type="checkbox"/>
12 Gläser	<input type="checkbox"/>
13 Gläser	<input type="checkbox"/>
14 Gläser	<input type="checkbox"/>
15 - 20 Gläser (= ½ Flasche)	<input type="checkbox"/>
21 – 29 Gläser	<input type="checkbox"/>
30 Gläser (= 1 Flasche)	<input type="checkbox"/>
Mehr als 30 Gläser	<input type="checkbox"/>

51. Trinken Sie Eistee, Limonaden, Cola, Kaffee, schwarzen Tee oder Malzbier?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie viele Gläser/Tassen trinken Sie davon am Tag?
Eistee / Limonaden / Cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Schwarzen Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Malzbier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

52. Trinken Sie Wasser, Säfte, Früchte- oder Kräutertee?

	Ja	Nein	Wenn ja, wie viele Gläser/Tassen trinken Sie davon am Tag?
Wasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Säfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte- oder Kräutertee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Welche der folgenden Lebensmittel essen Sie?

	Täglich	Mehrmals in der Woche	Seltener	Nie
Fleisch / Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertiggerichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisches Obst und Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nudeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast Food	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Achten Sie bei Ihrer Ernährung auf die Verwendung von fettarmen Nahrungsmitteln?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

55. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage Nr. 59)	<input type="checkbox"/>

56. Wie oft treiben Sie in der Woche Sport?

<input type="text"/>

57. Welchen Sport treiben Sie?

<input type="text"/>

58. Sie lange treiben Sie jeweils Sport?

Weniger als ½ Stunde	<input type="checkbox"/>
Zwischen ½ und 1 Stunde	<input type="checkbox"/>
Zwischen 1 und 2 Stunden	<input type="checkbox"/>
2 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/>

59. Aus welchen Gründen treiben Sie Sport? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Um meine Leistungsfähigkeit zu steigern	<input type="checkbox"/>
Um andere Menschen kennen zu lernen	<input type="checkbox"/>
Aus Gesundheitsgründen	<input type="checkbox"/>
Als Ausgleich zum Alltag	<input type="checkbox"/>

Vorsorge und Prävention

Zur Gewichtskontrolle	<input type="checkbox"/>
Auf Empfehlung meines Arztes	<input type="checkbox"/>
Um Spaß zu haben	<input type="checkbox"/>

60. Welche Entfernung legen Sie im Alltag zu Fuß oder mit dem Fahrrad zurück?

Weniger als 1 km	<input type="checkbox"/>
1-3 km	<input type="checkbox"/>
3-5 km	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5 km	<input type="checkbox"/>

Zum Abschluss noch einige Fragen zur Statistik

61. In welchem Jahr wurden Sie geboren?

Im Jahr: _____	<input type="checkbox"/>
----------------	--------------------------

62. Nennen Sie bitte die Postleitzahl Ihres Wohnortes.

PLZ: _____	
------------	--

63. Wie viele Einwohner hat Ihr Wohnort?

unter 2.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
2.000 bis unter 5.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
5.000 bis unter 20.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
20.000 bis unter 50.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
50.000 bis unter 100.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
100.000 bis unter 500.000 Einwohner	<input type="checkbox"/>
500.000 Einwohner oder mehr	<input type="checkbox"/>

64. Haben Sie derzeit einen festen Partner?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein (→ weiter mit Frage 67)	<input type="checkbox"/>

65. Welchen Familienstand haben Sie?

Verheiratet und lebe mit meinem(r) Ehepartner(in) zusammen (→ weiter mit Frage 67)	<input type="checkbox"/>
Verheiratet und lebe von meinem(r) Ehepartner(in) getrennt	<input type="checkbox"/>
Ledig	<input type="checkbox"/>
Geschieden	<input type="checkbox"/>
Verwitwet	<input type="checkbox"/>

66. Leben Sie mit einem Partner zusammen?

Ja	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>

67. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

- | | |
|---|--------------------------|
| Schule beendet ohne Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| Volks- oder Hauptschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Mittlere Reife oder ähnlicher Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulreife | <input type="checkbox"/> |
| Abitur | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiger Abschluss: _____ | |

68. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden.

- | | |
|---|--------------------------|
| Ja, Vollzeit erwerbstätig (→ weiter mit Frage 71) | <input type="checkbox"/> |
| Ja, Teilzeit erwerbstätig (→ weiter mit Frage 71) | <input type="checkbox"/> |
| Nein, nicht erwerbstätig | <input type="checkbox"/> |

69. Sind Sie?

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| Schüler | <input type="checkbox"/> |
| Student | <input type="checkbox"/> |
| Rentner/Pensionär | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitslos | <input type="checkbox"/> |
| Hausfrau/Hausmann | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____ | |

70. Waren Sie früher einmal voll- oder Teilzeit erwerbstätig?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein (→ weiter mit Frage 75) | <input type="checkbox"/> |

71. Welche berufliche Position trifft bzw. traf zuletzt auf Sie zu?

- | | |
|--|--------------------------|
| Arbeiter (→ weiter mit Frage 72) | <input type="checkbox"/> |
| Angestellter (→ weiter mit Frage 73) | <input type="checkbox"/> |
| Beamter (→ weiter mit Frage 74) | <input type="checkbox"/> |
| Freiberufler (→ weiter mit Frage 75) | <input type="checkbox"/> |
| Landwirt (→ weiter mit Frage 75) | <input type="checkbox"/> |
| Selbstständiger (→ weiter mit Frage 75) | <input type="checkbox"/> |
| Mithelfender Familienangehöriger (→ weiter mit Frage 75) | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges: _____ | |

72. Sind oder waren Sie...?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Ungelernter oder angelernter Arbeiter | <input type="checkbox"/> |
| Gelernter Arbeiter oder Facharbeiter | <input type="checkbox"/> |
| Vorarbeiter | <input type="checkbox"/> |
| Meister, Polier | <input type="checkbox"/> |
| (→ weiter mit Frage 75) | |

73. Sind oder waren Sie...?

- | | |
|--|--------------------------|
| Angestellter mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung
(z. B. Verkäufer, Hausmeister) | <input type="checkbox"/> |
| Angestellter mit einer qualifizierten Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen | <input type="checkbox"/> |

(z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)	
Angestellter mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z. B. Prokurist, Abteilungsleiter)	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor, Geschäftsführer)	<input type="checkbox"/>
(→ weiter mit Frage 75)	

74. Sind oder waren Sie...?	
Beamter im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister)	<input type="checkbox"/>
Beamter im mittleren Dienst (von Assistent bis einschließlich Hauptsekretär, Amtsinspektor)	<input type="checkbox"/>
Beamter im gehobenen Dienst (von Inspektor bis einschließlich Oberamtsrat)	<input type="checkbox"/>
Beamter im höheren Dienst, Richter (von Rat aufwärts)	<input type="checkbox"/>
(→ weiter mit Frage 75)	

75. Sind Sie in Ihrem Haushalt Hauptverdiener?	
Ja (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>
Nein	<input type="checkbox"/>
Es gibt keinen Hauptverdiener (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>

76. Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss hat der Hauptverdiener?	
Schule beendet ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>
Volks- oder Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Mittlere Reife oder ähnlicher Abschluss	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
Abitur	<input type="checkbox"/>
Sonstiger Abschluss: _____	

77. Welche berufliche Position trifft bzw. traf zuletzt auf den Hauptverdiener zu?	
Arbeiter (→ weiter mit Frage 78)	<input type="checkbox"/>
Angestellter (→ weiter mit Frage 79)	<input type="checkbox"/>
Beamter (→ weiter mit Frage 80)	<input type="checkbox"/>
Freiberufler (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>
Landwirt (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>
Selbstständiger (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>
Mithelfender Familienangehöriger (→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	<input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	

78. Ist oder war der Hauptverdiener...?	
Ungelernter oder angelernter Arbeiter	<input type="checkbox"/>
Gelernter Arbeiter oder Facharbeiter	<input type="checkbox"/>
Vorarbeiter	<input type="checkbox"/>

Vorsorge und Prävention

Meister, Polier	<input type="checkbox"/>
(→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	

79. Ist oder war der Hauptverdiener...?

Angestellter mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z. B. Verkäufer, Kontorist)	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit einer qualifizierten Tätigkeit, die Sie nach Anweisung erledigen (z. B. Sachbearbeiter, Buchhalter, technischer Zeichner)	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z. B. Prokurist, Abteilungsleiter)	<input type="checkbox"/>
Angestellter mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor, Geschäftsführer)	<input type="checkbox"/>
(→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	

80. Ist oder war der Hauptverdiener...?

Beamter im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister)	<input type="checkbox"/>
Beamter im mittleren Dienst (von Assistent bis einschließlich Hauptsekretär, Amtsinspektor)	<input type="checkbox"/>
Beamter im gehobenen Dienst (von Inspektor bis einschließlich Oberamtsrat)	<input type="checkbox"/>
Beamter im höheren Dienst, Richter (von Rat aufwärts)	<input type="checkbox"/>
(→ weiter mit Frage "nach dem Sozialstatusblock")	

81. Welcher Kirche bzw. Religionsgemeinschaft gehören Sie an ?

der evangelischen Kirche	<input type="checkbox"/>
der römisch-katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>
einer anderen christlichen Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
einer anderen, nicht christlichen Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
keiner Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>

82. Wie stark fühlen Sie sich mit Ihrer Kirche verbunden?

Sehr stark	<input type="checkbox"/>
Stark	<input type="checkbox"/>
Weniger stark	<input type="checkbox"/>
Gar nicht	<input type="checkbox"/>

83. Wie groß sind Sie?

_____ cm

84. Wieviel wiegen Sie?

_____ kg

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Befragung!