





## I. Zunächst einige Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

1. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen körperlichen Leiden/Beschwerden überhaupt nicht in der Lage, Ihren beruflichen bzw. anderen Alltagsaufgaben nachzukommen?

an keinem Tag                      an  Tagen, davon  Tage krankgeschrieben

2. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen seelischer/psychischer Probleme überhaupt nicht in der Lage, Ihren Alltagsaufgaben nachzugehen?

an keinem Tag                      an  Tagen

3. Welche Aussagen beschreiben Ihren heutigen Gesundheitszustand am Besten. (Bitte nur ein  pro Zeile)

### Beweglichkeit/Mobilität

Ich habe keine Probleme herumzugehen       Ich habe einige Probleme herumzugehen       Ich bin ans Bett gebunden

### Für sich selbst sorgen

Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen       Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen       Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

### Probleme allgemeinen, alltäglichen Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit ...) nachzugehen

Ich habe keine Probleme       Ich habe einige Probleme       Ich bin nicht in der Lage

### Schmerzen/körperliche Aktivität

Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden       Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden       Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

### Angst/Niedergeschlagenheit

Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert       Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert       Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

### Verglichen mit meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten ist mein heutiger Gesundheitszustand...

besser                       im Großen und Ganzen etwa gleich                       schlechter

4. Bitte schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche ein. (Bitte nur ein  pro Zeile)

### Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand in der vergangenen Woche im Allgemeinen beschreiben?

sehr gut       gut       weniger gut       schlecht       sehr schlecht

### Wie viel Energie hatten Sie in der vergangenen Woche?

sehr viel       ziemlich viel       mäßig viel       ein wenig       gar keine

### Wie sehr haben Ihre persönlichen oder seelischen Probleme Sie in der vergangenen Woche daran gehindert, Ihre normalen Tätigkeiten im Beruf, in der Schule/im Studium oder andere alltägliche Tätigkeiten auszuüben?

überhaupt nicht       sehr wenig       mäßig       ziemlich       war dazu nicht in der Lage

### Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in der vergangenen Woche Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen oder Freunden eingeschränkt?

überhaupt nicht       sehr wenig       mäßig       ziemlich       war zu diesen Kontakten nicht in der Lage



**6. Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden in den letzten zwei Wochen am ehesten entspricht!**

In den letzten 2 Wochen	an den meisten Tagen	einige Tage	nie
... haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind früh aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war Ihr sexuelles Interesse geringer oder hatten Sie gar kein sexuelles Interesse mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Wenn Sie mehr als 3 mal „an den meisten Tagen“ angekreuzt haben, bitte die folgenden Fragen beantworten:**

Seit wie vielen Wochen haben Sie diese Probleme?  Wochen

Wann hatten Sie zum ersten Mal in Ihrem Leben eine solche Phase von 2 Wochen oder mehr, in der Sie diese Probleme hatten? (Bitte geben Sie Ihr Alter an)  Alter

Wie viele solche Phasen von mehr als 2 Wochen hatten Sie insgesamt in Ihrem Leben?  Anzahl

**7. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.**

	trifft ausgesprochen zu	trifft etwas zu	teils/teils	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Hatten Sie schon einmal einen Angstanfall** (Angstattacke, Panikattacke), **bei dem Sie ganz plötzlich** (wie aus heiterem Himmel) **von einem Gefühl starker Angst, Beklommenheit oder Unruhe überfallen wurden?**

- ja, aktuell – wenn aktuell: In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Attacke?  Alter
- ja, aber früher und zwar zum 1. Mal im Alter von:  Alter
- nein, nie

**Litten Sie jemals in Ihrem Leben über Monate unter unbegründet starken Ängsten in sozialen Situationen** (wie z.B. mit anderen zu reden, vor anderen etwas zu tun) **oder im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen?**

- ja, aktuell – wenn aktuell: In welchem Alter litten Sie zum 1. Mal unter dieser Angst?  Alter
- ja, aber früher und zwar zum 1. Mal im Alter von:  Alter
- nein, nie

**Litten Sie jemals in Ihrem Leben unter unbegründet starken Ängsten öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, in Geschäfte zu gehen, Schlange zu stehen oder sich auf öffentlichen Plätzen aufzuhalten?**

- ja, aktuell – wenn aktuell: In welchem Alter litten Sie zum 1. Mal unter dieser Angst?  Alter
- ja, aber früher und zwar zum 1. Mal im Alter von:  Alter
- nein, nie

**Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Zeitspanne von einem Monat oder länger, in der Sie sich häufig ängstlich und voller ängstlicher Besorgnis gefühlt haben?**

- ja, aktuell – wenn aktuell: In welchem Alter litten Sie zum 1. Mal unter diesen Gefühlen?  Alter
- ja, aber früher und zwar zum 1. Mal im Alter von:  Alter
- nein, nie

**Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie in den letzten Wochen?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ruhelos und ständig auf dem Sprung   | <input type="checkbox"/> Herzklopfen oder Herzrasen                |
| <input type="checkbox"/> schreckhaft und innerlich angespannt | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden und Beklammungsgefühle    |
| <input type="checkbox"/> leicht ermüdbar und erschöpft        | <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen und Verspannungsgefühle   |
| <input type="checkbox"/> nervös und reizbar                   | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten sich zu konzentrieren     |
| <input type="checkbox"/> Zittern oder Schwitzen               | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen |

oft      manchmal      nie

**Wie oft beeinträchtigen Sie diese Beschwerden, Sorgen und Ängste bei Ihren alltäglichen Aktivitäten** (Arbeit, Hausarbeit, sozialen Kontakten)?

**Leiden Sie unter Angst und Sorgen im Zusammenhang mit eigentlich alltäglichen Dingen, wie Haushalt, Arbeit, Familie, Beruf oder Ihren Kindern?**

**Leiden Sie unter Angst und Sorgen im Zusammenhang mit Ihrem körperlichen Gesundheitszustand?**

**Haben Sie mehr Angst und Sorgen, als andere Personen in Ihrer Situation haben würden?**

**Fällt es Ihnen schwer, sich von Ihren Sorgen und Ängsten abzulenken?**

**Wie viele Monate haben Sie im Verlauf des letzten Jahres unter diesen Beschwerden, Sorgen und Ängsten gelitten?**

Monate

## 9. Wieviele Schwierigkeiten hatten Sie in den letzten 30 Tagen ...

	keine	geringe	mittlere	starke	sehr starke
... länger als 30 min. zu stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ihren Haushaltspflichten nachzukommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei neuen Aufgaben, z.B. einen Ort zu finden, den Sie noch nicht kannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... an gesellschaftlichen Veranstaltungen und Festlichkeiten wie jeder andere teilzunehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich für weniger als eine Minute auf eine Tätigkeit zu konzentrieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine längere Strecke wie etwa einen Kilometer zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihren ganzen Körper zu waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... sich anzuziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit Personen zurechtzukommen, die Sie nicht kennen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eine Freundschaft aufrecht zu erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre tägliche Arbeit zu erledigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nicht	gering	mittel	stark	sehr starke
In welchem Maße wurden Sie in den letzten Tagen durch Ihren gesundheitlichen Zustand emotional belastet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre üblichen Schlafgewohnheiten und zwar *nur während der letzten vier Wochen*. Ihre Antworten sollten möglichst genau sein und sich auf die Mehrzahl der Tage und Nächte während der letzten vier Wochen beziehen. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?

Uhr (übliche Uhrzeit)  
Stunde Minute

Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?

in Minuten

Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?

Uhr (übliche Uhrzeit)  
Stunde Minute

Wie viele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen?

Stunden (tatsächliche Schlafzeit pro Nacht)

Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

sehr gut                       ziemlich gut                       ziemlich schlecht                       sehr schlecht

Wie oft hatten Sie während der letzten vier Wochen Schwierigkeiten wach zu bleiben, etwa beim Autofahren, beim Essen oder bei gesellschaftlichen Anlässen?

gar nicht     weniger als einmal/Woche  
 ein- oder zweimal/Woche     dreimal oder häufiger/Woche

Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?

gar nicht     weniger als einmal/Woche  
 ein- oder zweimal/Woche     dreimal oder häufiger/Woche

**Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an.**

Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen schlecht geschlafen, ...

	gar nicht	1 mal/Woche	1–2 mal/ Woche	3 mal oder häufiger/ Woche
--	-----------	-------------	-------------------	----------------------------------

... weil Sie innerhalb von 30 Minuten nicht einschlafen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie mitten in der Nacht oder früh morgens aufgewacht sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie aufstehen mussten, um zur Toilette zu gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie Beschwerden beim Atmen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie husten mussten oder laut geschnarcht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie schlecht geträumt hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... weil Sie Schmerzen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... aus anderen Gründen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Bitte beschreiben: .....

### III. Erkrankungen, die jemals und in den letzten 12 Monaten aufgetreten sind

**11. Die nächsten Fragen beziehen sich auf verschiedene Erkrankungen. Hat ein Arzt jemals (in Ihrem Leben) eine der folgenden Krankheiten oder Gesundheitsstörungen bei Ihnen festgestellt? Wenn ja, kreuzen Sie „ja“ an und geben Sie an, ob Sie in den letzten 12 Monaten diese Erkrankung auch hatten und ob Sie deswegen behandelt wurden.**

	ja	ja, auch in den letzten 12 Monaten	behandelt
Bluthochdruck, Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen am Herzen, Verengung der Herzkranzgefäße, Angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen des Gehirns (nur wenn Sie mit Lähmungen, Gefühlsstörungen oder Sprachstörungen einhergehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheit, „Schaufensterkrankheit“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenthrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma bronchiale (Lungenasthma, allergisches Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis (d.h. Husten nachts ohne Erkältung und mit morgendlichem Auswurf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenschleimhautentzündung, Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	ja	ja auch in den letzten 12 Monaten	behandelt
Leberschrumpfung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gallenblasenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenerkrankung (z.B. Kropf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut, Eisenmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenkolik, Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung, bösartiger Tumor einschließlich Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke bzw. der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z.B. chronische Polyarthrit, Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (Erkrankung der Knochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen, wie ... Epilepsie (Krampfanfälle, zerebrale Anfälle) Parkinson, Multiple Sklerose, Hirnhautentzündung (zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depressionen, Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Krankheiten, die hier nicht genannt wurden? Falls ja, welche: .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nur bei Frauen: Krankheiten von Gebärmutter, Eierstöcken oder Eileitern (außer Krebserkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### IV. Arztbesuche und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Therapien

##### 12. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Behandlern?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="text"/> mal beim Allgemeinarzt/Praktischen Arzt | <input type="text"/> mal beim Internisten/Kardiologen/Diabetologen |
| <input type="text"/> mal beim Psychiater/Neurologen          | <input type="text"/> mal beim Psychologen/Psychotherapeuten        |
| <input type="text"/> mal beim Urologen                       | <input type="text"/> mal beim Augenarzt                            |
| <input type="text"/> mal bei anderen Fachärzten              | <input type="text"/> mal beim Heilpraktiker                        |

##### 13. Waren Sie in den letzten 3 Jahren stationär im Krankenhaus oder zur Kur? Wie oft und wie lange?

- gar nicht (▶ weiter mit Frage 14)       mal im Krankenhaus, insgesamt  Tage
- mal zur Kur, insgesamt  Tage

##### 14. Kam es bei Ihnen innerhalb der letzten 3 Jahre zu einem oder mehreren der folgenden Ereignisse?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ein Notarzt musste zu mir kommen <input type="text"/> mal | <input type="checkbox"/> ich musste in die Notaufnahme <input type="text"/> mal |
| <input type="checkbox"/> ich wurde ohnmächtig <input type="text"/> mal             | <input type="checkbox"/> ich hatte einen Zuckerschok <input type="text"/> mal   |

##### 15. Wurden Sie jemals stationär in einer der folgenden Einrichtungen behandelt:

Was war der Behandlungsanlass?

- |   |       |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus                              | ..... |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapeutisches oder psychosomatisches Krankenhaus | ..... |
| <input type="checkbox"/> Neurologische Klinik                                     | ..... |

##### 16. Wie viele Medikamente nehmen Sie derzeit pro Tag ein?

- ich nehme keine Medikamente regelmäßig ein (▶ weiter mit Frage 19)
- ich nehme regelmäßig Medikamente ein und zwar:
- |                                     |                      |                      |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> vormittags | <input type="text"/> | (Anzahl Medikamente) |
| <input type="checkbox"/> mittags    | <input type="text"/> | (Anzahl Medikamente) |
| <input type="checkbox"/> abends     | <input type="text"/> | (Anzahl Medikamente) |

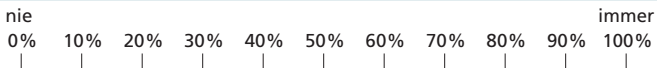
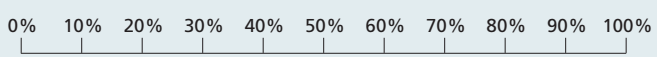
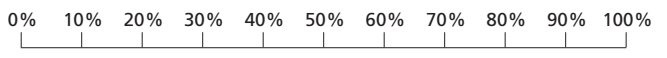
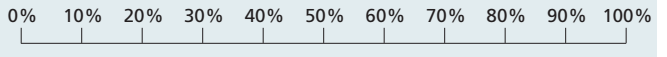
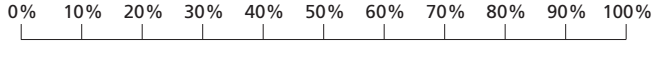
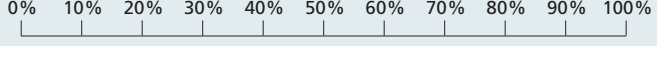
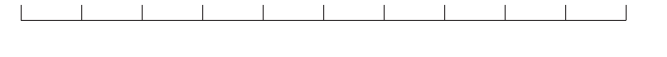
##### 17. Falls Sie Probleme bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten haben, was sind die Gründe?

	fast nie	selten	oft	immer
Ich vergesse die Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zu viele Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte andere Maßnahmen für besser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich halte die regelmäßige Einnahme für nicht wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme bei den vielen Medikamenten durcheinander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 18. Werden Sie derzeit wegen einem oder mehreren der folgenden Probleme mit Medikamenten behandelt?

Falls ja, kreuzen Sie bitte zusätzlich an, wenn Sie Probleme mit der regelmäßigen Einnahme haben.  
Mögliche Probleme für die Nichteinnahme können sein: die Medikamente haben unangenehme Nebenwirkungen, oder Sie haben das Gefühl, dass es Ihnen besser geht.

Beispiel: 

	vom Arzt verschrieben	Probleme bei der regelmäßigen Einnahme
gegen zu hohen Blutdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
zur Senkung des Blutzuckers (Tabletten oder Insulin)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Schmerzmedikamente (vom Arzt verschrieben)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gegen erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
zur Blutverdünnung (z.B. bei Herzerkrankungen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gegen Depression/Angst	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
gegen Wechseljahresbeschwerden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

## 19. Fragen zu Ihrer Behandlung:

	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft voll und ganz zu
Bei der Behandlungsplanung wurden die Möglichkeiten der Therapie mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei der Planung der Behandlung wurden meine eigenen Wünsche und Vorstellungen für die Behandlung berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Verlauf der Behandlung wurden mögliche Ursachen meiner Erkrankung mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über mein Krankheitsbild aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte eine ausreichende Anzahl an Kontakten zum Arzt während der Behandlung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Behandlung fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin bei der Entscheidung für eventuell notwendige weitergehende Behandlungen ausreichend unterstützt worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte in den Gesprächen ausreichend Zeit, Fragen zu stellen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V. Gesundheitsverhalten

### 20. Rauchen Sie zur Zeit oder haben Sie jemals in Ihrem Leben täglich Zigaretten geraucht?

- nein (▶ weiter mit Frage 21)
- ja, ich rauche täglich etwa  Zigaretten
- ja, ich habe früher geraucht, zuletzt im Alter von:  Jahren

### 21. In diesem Fragebogen werden Sie nach Ihren Trinkgewohnheiten gefragt. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau, wie möglich. Als Mengeneinheit wird hier von „1 Drink“ gesprochen. 1 Drink entspricht 0,3 l Bier oder 1/8 l Wein/Sekt oder 2 einfachen Schnäpsen (38 %, z.B. Weinbrand).

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

- nie
- 1 mal/Monat
- 2–4 mal/Monat
- 2–3 mal/Woche
- mehr als 3 mal/Woche

Wie viele Drinks trinken Sie an einem typischen Trinktag?

- 1–2
- 3–4
- 5–6
- 9
- 10 oder mehr

Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Drinks zu einem Zeitpunkt?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Wie oft können Sie nicht aufhören zu trinken, wenn Sie damit angefangen haben?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Wie oft können Sie nicht tun, was von Ihnen erwartet wird, weil Sie Alkohol getrunken haben?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Wie oft brauchen Sie schon morgens ein alkoholisches Getränk, weil Sie am Abend oder in der Nacht davor stark getrunken haben?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Wie oft haben Sie nach dem Alkoholtrinken Gewissensbisse oder fühlen sich schuldig?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Wie oft können Sie sich nicht an den vergangenen Abend erinnern, weil Sie zuviel Alkohol getrunken hatten?

- nie
- fast nie
- 1 mal/Monat
- 1 mal/Woche
- fast täglich

Haben Sie sich oder eine andere Person schon einmal unter Alkoholeinfluss körperlich verletzt?

- nein
- ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
- ja, in den letzten 12 Monaten

Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon einmal Sorgen wegen Ihres Alkoholkonsums gemacht oder Ihnen geraten, Ihren Alkoholkonsum zu verringern?

- nein
- ja, aber nicht in den letzten 12 Monaten
- ja, in den letzten 12 Monaten

### 22. Welche der folgenden Verhaltensveränderungen ist Ihnen vom behandelnden Arzt im Verlauf der letzten 12 Monate als Teil der Behandlung empfohlen worden:

- auf eine fettarme Ernährung zu achten
- weniger Alkohol zu trinken
- Stress zu vermeiden
- auf eine ballaststoffreiche Ernährung zu achten
- auf eine kalorienarme Ernährung achten um abzunehmen
- mehrmals täglich Obst und Gemüse zu essen
- regelmäßig körperlich aktiv zu sein
- Entspannungstechniken anzuwenden (z.B. progressive Muskelentspannung, autogenes Training, Meditation)
- mit dem Rauchen aufzuhören bzw. weniger zu rauchen
- auf eine salzarme Ernährung achten

**23. Haben Sie (in den letzten 12 Monaten) an Kursen/Schulungen zur Veränderung Ihrer Ernährungs-, Bewegungs-, Sport- oder anderer Gewohnheiten teilgenommen? (Mehrfachbenennungen möglich)**

nein (▶ weiter mit Frage 24)

	Wenn ja, wie oft in den letzten 12 Monaten	Wie sehr hat es dauerhaft geholfen		
		gar nicht	etwas	sehr
<input type="checkbox"/> ja, zur Ernährung	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zu Bewegung und Sport	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zur Stressverminderung	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Raucherentwöhnung	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Blutdruckschulung	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Diabetesschulung	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Selbsthilfegruppen	□□□	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Wie häufig haben Sie Folgendes in den vergangenen 4 Wochen getan?**

	nie	selten	oft	immer
auf eine fettarme Ernährung geachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
regelmäßig körperlich aktiv gewesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weniger Alkohol getrunken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mehrmals täglich Obst und Gemüse gegessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress vermieden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf eine salzarme Ernährung geachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstechniken angewendet (z.B. autogenes Training, Meditation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf eine ballaststoffreiche Ernährung geachtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Rauchen aufgehört oder weniger geraucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
auf eine kalorienarme Ernährung geachtet um abzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Wie oft haben Sie Probleme mit folgenden Dingen?**

	nie	selten	oft	nahezu täglich
Es fällt mir schwer, mich gesund und ausgewogen zu ernähren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme meine Ernährung umzustellen, mein Gewicht zu halten bzw. abzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir sehr schwer, stressige Situationen zu meistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich über etwas aufrege, fällt es mir sehr schwer, den Ärger wieder loszuwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, mich ausreichend zu bewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke mehr Alkohol als gesundheitlich vertretbar ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 26. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer körperlichen Aktivität.

Ihre berufliche Tätigkeit beinhaltet hauptsächlich:

- trifft nicht zu
- sitzende Tätigkeiten (z.B. Büro, Student ...)
- mäßige Bewegung (z.B. Handwerker, Hausmeister, Hausfrau ...)
- intensive Bewegung (z.B. Postzusteller, Wald- und Bauarbeiter ...)

Waren Sie in der **letzten Woche** zu Fuß unterwegs ...

- ... z.B. auf dem Weg zur Arbeit oder zum Einkaufen usw.?  nein  ja, insgesamt \_\_\_\_ Std./Woche
- ... z.B. zum Spazieren gehen?  nein  ja, insgesamt \_\_\_\_ Std./Woche

Sind Sie in der **letzten Woche** Fahrrad gefahren...

- ... z.B. auf dem Weg zur Arbeit oder zum Einkaufen usw.?  nein  ja, insgesamt \_\_\_\_ Std./Woche
- ... z.B. auf Radtouren bzw. auf dem Heimtrainer?  nein  ja, insgesamt \_\_\_\_ Std./Woche

Wie viele Stunden haben Sie **letzte Woche** in Ihrem Garten verbracht? \_\_\_\_ Std.

- \_\_\_\_ Std. Gartenarbeit      \_\_\_\_ Std. Ruhe und Erholung       ich habe keinen Garten

Steigen Sie regelmäßig Treppen?  nein  ja, durchschnittlich \_\_\_\_ Stockwerke \_\_\_\_ mal/Tag

Gehen Sie zu Tanzveranstaltungen?  nein  ja, etwa \_\_\_\_ mal im Monat je \_\_\_\_ Std.

Kegeln oder bowlen Sie?  nein  ja, etwa \_\_\_\_ mal im Monat je \_\_\_\_ Std.

Sind Sie im **letzten Monat** geschwommen?  nein  ja, ca. \_\_\_\_ Std./Monat (reine Schwimmzeit)

Haben Sie im **letzten Monat** Sport getrieben? (z.B. Jogging, Fußball, Handball, Federball, Squash, Gymnastik, Tennis, Tischtennis...)

- nein  ja Sportart \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_ Std. im letzten Monat
- Sportart \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_ Std. im letzten Monat
- Sportart \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_ Std. im letzten Monat
- Sportart \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_ Std. im letzten Monat

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**



Dürfen wir Sie bei Rückfragen noch einmal kontaktieren? Wenn ja, geben Sie bitte Ihren Namen und Adresse sowie Telefonnummer an. Diese Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Vielen Dank!

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... PLZ: 

--	--	--	--	--	--

 Ort: .....

Telefonnummer: ..... / .....

