



## 20-Jahres- Hauptfragebogen



Ausfülldatum: |\_\_|\_\_|\_\_|·|\_\_|\_\_|\_\_|·|\_\_|\_\_|\_\_|  
Tag Monat Jahr

Geburtsdatum: |\_\_|\_\_|\_\_|·|\_\_|\_\_|\_\_|·|\_\_|\_\_|\_\_|  
Tag Monat Jahr

Liebe GINI-Teilnehmerin, lieber GINI-Teilnehmer,

wir möchten Ihnen ein paar Fragen zu Allergien und anderen Krankheiten, sowie zu Ihrer Wohnsituation und Ihrem Lebensstil stellen.

Wie schon in der Vergangenheit werden Ihre Antworten streng vertraulich behandelt. Ein Bezug zu Ihrem Namen und Ihrer Adresse lässt sich nicht herstellen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

1	Bitte geben Sie das aktuelle Gewicht und die Größe an:
	Gewicht  __ __ __  (kg) Größe  __ __ __  (cm) <i>(Nachkommastellen bitte weglassen)</i>
2	Hatten Sie <u>irgendwann</u> einmal beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 2.1 Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> beim Atmen pfeifende oder keuchende Geräusche im Brustkorb? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<b>2.1.1 Wenn „JA“:</b> Wie viele Anfälle von pfeifender oder keuchender Atmung hatten Sie in den letzten 12 Monaten? <i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i> <input type="radio"/> keinen Anfall <input type="radio"/> 1 - 3 Anfälle <input type="radio"/> 4 - 12 Anfälle <input type="radio"/> mehr als 12 Anfälle
	<b>2.1.2</b> War die pfeifende oder keuchende Atmung in den letzten 12 Monaten so stark, dass Sie nach 1-2 Worten Luft holen mussten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<b>2.1.3</b> Hatten Sie in den letzten 12 Monaten bei oder nach körperlicher Anstrengung pfeifende oder keuchende Atemgeräusche im Brustkorb? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<b>2.1.4</b> Wie oft sind Sie im Durchschnitt in den letzten 12 Monaten wegen pfeifender oder keuchender Atmung aufgewacht? <i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i> <input type="radio"/> nie deswegen aufgewacht <input type="radio"/> weniger als 1 Nacht pro Woche


	<input type="radio"/> eine oder mehrere Nächte pro Woche					
3	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> Asthma?					
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4</i>					
	<b>Wenn „JA“:</b>					
3.1	Hat dies jemals ein Arzt bestätigt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
3.2	In welchem Alter trat das Asthma zum ersten Mal auf?  __ __  Alter (Jahre)					
3.3	Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Asthma behandelt worden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
3.4	Besteht die Erkrankung weiterhin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
	<b>Wenn „NEIN“:</b>					
3.4.1	Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?  __ __  Alter (Jahre)					
4	Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> jemals nachts einen trockenen Reizhusten, obwohl Sie keine Erkältung oder Bronchitis hatten?					
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
5	Husten Sie häufig beim Aufstehen oder sonst im Laufe des Tages, ohne erkältet zu sein?					
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
6	Hatten Sie <u>irgendwann</u> einmal Niesanfalle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl Sie nicht erkältet waren?					
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 7</i>					
	<b>Wenn „JA“:</b>					
6.1	Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Niesanfalle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl Sie nicht erkältet waren? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
	<b>Wenn „JA“:</b>					
6.1.1	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende oder tränende Augen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein					
6.1.2	Wie lange hielten die Symptome an?					
	Mehr als 4 aufeinanderfolgende Tage pro Woche?	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	Mehr als 4 Wochen in Folge?	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
6.1.3	Meine Beschwerden...	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	belasten mich im Schlaf.	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	schränken mich in meinen täglichen Aktivitäten (Sport, Freizeit, etc.) ein.	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
	schränken mich in meiner Leistungsfähigkeit in der Schule oder am Arbeitsplatz ein.	<table border="1"><thead><tr><th>Ja</th><th>Nein</th></tr></thead><tbody><tr><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr></tbody></table>	Ja	Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ja	Nein					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					

empfinde ich als Belastung.

7	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> Heuschnupfen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 8</i>
	<b>Wenn „JA“:</b>
7.1	Hat dies jemals ein Arzt bestätigt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7.2	In welchem Alter trat der Heuschnupfen zum ersten Mal auf?  _ _ _  Alter (Jahre)
7.3	Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Heuschnupfen behandelt worden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7.4	Besteht die Erkrankung weiterhin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
7.4.1	<b>Wenn „NEIN“:</b> Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?  _ _ _  Alter (Jahre)
8	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> ganzjährigen allergischen Schnupfen (z. B. Hausstaubmilbenallergie)?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 9</i>
	<b>Wenn „JA“:</b>
8.1	Hat dies jemals ein Arzt bestätigt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8.2	In welchem Alter trat der allergische Schnupfen zum ersten Mal auf?  _ _ _  Alter (Jahre)
8.3	Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen allergischem Schnupfen behandelt worden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8.4	Besteht die Erkrankung weiterhin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
8.4.1	<b>Wenn „NEIN“:</b> Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?  _ _ _  Alter (Jahre)
9	Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über <u>mindestens 2 Wochen</u> Dauer anhielt?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 10</i>
	<b>Wenn „JA“:</b>
9.1	Trat dieser juckende Hautausschlag an einer der folgenden Körperstellen auf: In den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

10	Hatten Sie <u>irgendwann</u> einmal einen juckenden Hautausschlag, der stärker oder schwächer über <u>mindestens 6 Monate</u> auftrat?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 11</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 10.1    Trat dieser juckende Hautausschlag auch <u>in den letzten 12 Monaten</u> auf? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<b>Wenn „JA“:</b> 10.1.1    Trat dieser juckende Hautausschlag an einer der folgenden Körperstellen auf: In den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	10.1.2    Ist dieser juckende Hautausschlag <u>in den letzten 12 Monaten</u> jemals völlig verschwunden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
11	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> Neurodermitis (Atopisches Ekzem, Endogenes Ekzem)?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 12</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 11.1    Hat dies jemals ein Arzt bestätigt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	11.2    In welchem Alter trat die Neurodermitis zum ersten Mal auf?  _ _ _ _  Alter (Jahre)
	11.3    Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Neurodermitis behandelt worden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	11.4    Besteht die Erkrankung weiterhin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<b>Wenn „NEIN“:</b> 11.4.1    Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?  _ _ _ _  Alter (Jahre)
12	Hatten Sie <u>in den letzten 5 Jahren</u> ein Handekzem (juckende Verletzung, Bläschen, Ausschlag)?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 13</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 12.1    In welchem Alter trat das Handekzem zum ersten Mal auf?  _ _ _ _  Alter (Jahre)

13	Hatten Sie jemals ein Ekzem (Rötung oder Schuppung der Haut) nach Kontakt mit:																																																								
<input type="checkbox"/> <b>Nein, kein Ekzem nach Kontakt mit einem Material</b> <input type="checkbox"/> Metall (z. B. Knöpfe, Nieten, Spangen, Reißverschlüsse, Gürtel, Uhren(armband), (Sonnen)Brille, Haarreif, Mobiltelefon, Kopfhörer) <input type="checkbox"/> Modeschmuck (Nickelallergie) <input type="checkbox"/> Haarfärbemittel <input type="checkbox"/> Andere Farbstoffe <input type="checkbox"/> Tattoo <input type="checkbox"/> Kosmetik, Parfum, Duftstoffe <input type="checkbox"/> Deodorant <input type="checkbox"/> Shampoo oder Spülung <input type="checkbox"/> Seife <input type="checkbox"/> Kleidung <input type="checkbox"/> Latex, Gummi (z. B. Gummihandschuhe, Luftballons, Kondome) <input type="checkbox"/> andere Materialien: _____																																																									
14	Hat ein <u>Arzt</u> bei Ihnen <u>in den vergangenen 5 Jahren</u> eine der folgenden Krankheiten festgestellt, und wenn ja, in welchem Alter?																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="6"><u>JA, im Alter von</u></th> <th rowspan="2"><u>Jahren</u></th> </tr> <tr> <th><u>Nein</u></th> <th><u>15</u></th> <th><u>16</u></th> <th><u>17</u></th> <th><u>18</u></th> <th><u>19</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asthma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nahrungsmittelallergie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Neurodermitis, allergisches oder atopisches Ekzem</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Heuschnupfen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ganzjährig allergischer Schnupfen, z. B. Hausstaubmilbenallergie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					<u>JA, im Alter von</u>						<u>Jahren</u>	<u>Nein</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Neurodermitis, allergisches oder atopisches Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ganzjährig allergischer Schnupfen, z. B. Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<u>JA, im Alter von</u>						<u>Jahren</u>																																																		
	<u>Nein</u>	<u>15</u>	<u>16</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>19</u>																																																			
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Nahrungsmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Neurodermitis, allergisches oder atopisches Ekzem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
ganzjährig allergischer Schnupfen, z. B. Hausstaubmilbenallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																			
15	Hat ein <u>Arzt</u> bei Ihnen <u>jemals</u> eine der folgenden Krankheiten festgestellt?																																																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><u>Ja</u></th> <th><u>Nein</u></th> <th><u>Erstmals im Alter von:</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psoriasis (Schuppenflechte)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> <tr> <td>Epilepsie/Krampfleiden</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> <tr> <td>Bösartige Erkrankung (Krebs)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> <tr> <td>Hypertonie (Bluthochdruck)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> <tr> <td>andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> <tr> <td>Typ-1-Diabetes</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td> __ __  (Jahre)</td> </tr> </tbody> </table>					<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Erstmals im Alter von:</u>	Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)	Epilepsie/Krampfleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)	Bösartige Erkrankung (Krebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)	andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)	Typ-1-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																										
	<u>Ja</u>	<u>Nein</u>	<u>Erstmals im Alter von:</u>																																																						
Psoriasis (Schuppenflechte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						
Epilepsie/Krampfleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						
Bösartige Erkrankung (Krebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						
andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						
Typ-1-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)																																																						

	Typ-2-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)
	Zöliakie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)
	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)
	Autoimmunerkrankung (z. B. Rheuma, Hashimoto Thyreoiditis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	__ __  (Jahre)
16	Hat ein <u>Arzt</u> bei Ihnen <u>jemals</u> eine andere chronische Krankheit diagnostiziert?			
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 17</i>	
	<b>Wenn „JA“:</b>			
16.1	Bitte geben Sie die chronischen Krankheiten und das Alter bei der Diagnose an:			
	<b>Bezeichnung:</b>	<b>Alter bei Diagnose</b>		
	_____	__ __  (Jahre)		
	_____	__ __  (Jahre)		
	_____	__ __  (Jahre)		
17	Achten Sie aus medizinischen oder anderen Gründen auf Ihre Ernährung oder halten Sie eine besondere Diät?			
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 18</i>	
	<b>Wenn „JA“:</b>			
17.1	Aus welchen Gründen?			
		<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Zöliakie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Fruktoseintoleranz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Laktoseintoleranz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Nussallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Milch-/Eiweißallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Weizenallergie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Vegetarische Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Vegane Ernährung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	andere Gründe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
18	Haben Sie innerhalb der letzten <u>vier Wochen vom Arzt</u> verschriebene <u>Medikamente</u> eingenommen – nach Bedarf oder regelmäßig - wie z. B. Asthmaspray, Schilddrüsenhormone oder Verhütungsmittel?			
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 19</i>	
	<b>Wenn „JA“:</b>			
18.1	Bitte teilen Sie uns mit, welche:			
				
	Geben Sie den <b>genauen und vollständigen Namen</b> des Medikamentes in der Tabelle an. <b>Vergessen Sie bitte nicht die Dosierung und wenn möglich die PZN-Nummer anzugeben!</b>			
	<b>PZN-Nummer:</b> Sie finden sie meist unter dem <b>Strichcode</b> auf einer der 6 Seiten der Medikamentenschachtel. Die Buchstabenfolge „ <b>PZN</b> “ steht immer vor der Nummer.			

	Medikamentenname	nach Bedarf	oder regelmäßig		
			monatlich	wöchentlich	täglich
<b>Beispiel:</b>	Name: <b>A C C AKUT 600</b> PZN: <b>6   1   9   7   4   8   1  </b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Medikamentenname	nach Bedarf	oder regelmäßig		
			monatlich	wöchentlich	täglich
a.	Name: ..... PZN:  _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Name: ..... PZN:  _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Name: ..... PZN:  _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	Name: ..... PZN:  _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	Name: ..... PZN:  _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19 Hat ein Arzt bei Ihrer **leiblichen Mutter** jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

	Ja	Unsicher	Nein
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischämische Herzkrankheiten (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zerebrovaskuläre Krankheiten (z. B. Schlaganfall, Hirnblutung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ-1-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Typ-2-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eine bösartige Erkrankung (Krebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Hat ein Arzt bei Ihrem **leiblichen Vater** jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

	Ja	Unsicher	Nein
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ischämische Herzkrankheiten (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	zerebrovaskuläre Krankheiten (z. B. Schlaganfall, Hirnblutung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Typ-1-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Typ-2-Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	eine bösartige Erkrankung (Krebs)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	Haben Sie jemals eine ganze Zigarette (auch selbstgedreht) geraucht? (Rauchen von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc. ist nicht gemeint.)			
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 22</i>			
	<b>Wenn „JA“:</b>			
21.1	Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste ganze Zigarette geraucht haben?			
	__ __  Alter (Jahre)			
21.2	Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten regelmäßig geraucht?			
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein			
21.3	Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Zigaretten zu rauchen?			
	__ __  Alter (Jahre)			
21.4	Rauchen Sie zurzeit Zigaretten? (Rauchen von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc. ist nicht gemeint.)			
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, täglich <input type="radio"/> ja, mehrmals pro Woche <input type="radio"/> ja, einmal pro Woche <input type="radio"/> ja, seltener			
21.4.1	<b>Wenn „JA“:</b> Wie viele Zigaretten rauchen Sie <u>zurzeit</u> ?			
	__ __  Stück pro Tag <b><u>ODER</u></b>  __ __  Stück pro Woche			
21.4.2	<b>Wenn „NEIN“:</b> Wie viele Zigaretten haben Sie <u>früher</u> geraucht?			
	__ __  Stück pro Tag <b><u>ODER</u></b>  __ __  Stück pro Woche			
21.4.3	Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben Zigaretten zu rauchen?			
	__ __  Alter (Jahre)			



22	Haben Sie <u>jemals regelmäßig</u> etwas anderes als Zigaretten geraucht? z. B. E-Zigarette/E-Shisha, Zigarre/Zigarillo, Pfeife, Wasserpfeife/Shisha etc.
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 23</i> <b>Wenn „JA“:</b>
22.1	Haben Sie jemals regelmäßig <u>E-Zigarette/E-Shisha</u> geraucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 22.2</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 22.1.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig E-Zigarette/E-Shisha zu rauchen?  __ __  Alter (Jahre)
22.1.2	Rauchen Sie zurzeit <u>E-Zigarette/E-Shisha</u> ? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, täglich <input type="radio"/> ja, mehrmals pro Woche <input type="radio"/> ja, einmal pro Woche <input type="radio"/> ja, seltener
	<b>Wenn „NEIN“:</b> 22.1.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?  __ __  Alter (Jahre)
22.2	Haben Sie jemals regelmäßig <u>Zigarren/Zigarillos</u> geraucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 22.3</i>
	<b>Wenn „JA“:</b> 22.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Zigarren/Zigarillos zu rauchen?  __ __  Alter (Jahre)
22.2.2	Rauchen Sie zurzeit <u>Zigarren/Zigarillos</u> ? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, täglich <input type="radio"/> ja, mehrmals pro Woche <input type="radio"/> ja, einmal pro Woche <input type="radio"/> ja, seltener
	<b>Wenn „NEIN“:</b>

22.2.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?

|\_\_|\_\_| Alter  
(Jahre)

22.3 Haben Sie jemals regelmäßig Pfeife geraucht?

Ja

Nein

*Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 22.4*

**Wenn „JA“:**

22.3.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Pfeife zu rauchen?

|\_\_|\_\_| Alter  
(Jahre)

22.3.2 Rauchen Sie zurzeit Pfeife?

nein

ja, täglich

ja, mehrmals pro Woche

ja, einmal pro Woche

ja, seltener

**Wenn „NEIN“:**

22.3.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?

|\_\_|\_\_| Alter  
(Jahre)

22.4 Haben Sie jemals regelmäßig Wasserpfeife/Shisha geraucht?

Ja

Nein

*Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 23*

**Wenn „JA“:**

22.4.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Wasserpfeife/Shisha zu rauchen?

|\_\_|\_\_| Alter  
(Jahre)

22.4.2 Rauchen Sie zurzeit Wasserpfeife/Shisha?

nein

ja, täglich

ja, mehrmals pro Woche

ja, einmal pro Woche

ja, seltener

**Wenn „NEIN“:**

22.4.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?

|\_\_|\_\_| Alter  
(Jahre)

23	Wurde während der <u>vergangenen 5 Jahre</u> in Ihrer Wohnung geraucht?					
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 24</i>						
<b>Wenn „JA“:</b>						
23.1 Wie oft wurde während der vergangenen 5 Jahre in Ihrer Wohnung geraucht?						
<b>Im Alter von:</b>	<b>15 Jahren</b>	<b>16 Jahren</b>	<b>17 Jahren</b>	<b>18 Jahren</b>	<b>19 Jahren</b>	
tätlich oder fast täglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mindestens 1 mal/Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.2 Wie viele Zigaretten <u>pro Tag</u> wurden in Ihrer Wohnung <u>durchschnittlich</u> geraucht?						
<b>Im Alter von:</b>	<b>15 Jahren</b>	<b>16 Jahren</b>	<b>17 Jahren</b>	<b>18 Jahren</b>	<b>19 Jahren</b>	
von Ihnen selbst	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
von anderen Personen	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _
24	Waren Sie in den <u>vergangenen 5 Jahren</u> außerhalb der Wohnung Tabakrauch ausgesetzt?					
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 25</i>						
<b>Wenn „JA“:</b>						
24.1 Wie oft waren Sie in den vergangenen 5 Jahren außerhalb der Wohnung Tabakrauch ausgesetzt?						
<b>Im Alter von:</b>	<b>15 Jahren</b>	<b>16 Jahren</b>	<b>17 Jahren</b>	<b>18 Jahren</b>	<b>19 Jahren</b>	
tätlich oder fast täglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mindestens 1 mal/Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gelegentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	Haben Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Alkohol getrunken?					
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 26</i>						
<b>Wenn „JA“:</b>						
25.1 Wie viel Alkohol haben Sie <u>im Durchschnitt</u> in den letzten 12 Monaten getrunken?						
<i>(Bitte machen Sie hier Angaben in getränkeüblichen Gläsern.)</i>						
1 oder mehr Gläser pro Tag	5 – 6 Gläser pro Woche	2 – 4 Gläser pro Woche	1 Glas pro Woche	1 – 3 Gläser pro Monat	weniger als 1 Glas pro Monat	gar nicht

	Bier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Wein, Sekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Branntwein, Spirituosen (z. B. Schnaps)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Aperitif-Getränke (z. B. Aperol Spritz, Hugo, Lillet)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mixgetränke (z. B. Cocktails, Longdrinks)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Energy-Drink mit Alkohol (z. B. Wodka Energy, Flying Hirsch)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26 Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?

an Arbeits- oder Schultagen |\_\_|\_\_| (Stunden)  
 an arbeits- oder schulfreien Tagen |\_\_|\_\_| (Stunden)

27 Leiden Sie unter Schlafschwierigkeiten?

Ja  Nein *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 28*

27.1 **Wenn „JA“:**

	Ja	Nein
Können Sie schlecht einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Können Sie schlecht durchschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28 Wie viele Stunden pro Tag (24 Stunden) verbringen Sie vor einem Bildschirm (z. B. Fernseher, Computer, Tablet, Spielekonsole, Handy/Smartphone)?

	An Arbeits- oder Schultagen		An arbeits- oder schulfreien Tagen	
	Sommer	Winter	Sommer	Winter
weniger als 1 Stunde pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 bis 2 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 bis 4 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 bis 6 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 bis 8 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 bis 10 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mehr als 10 Stunden pro Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29 Wie viele Stunden sind Sie in einer normalen Woche (7 Tage) körperlich aktiv?

	Sommer	Winter	
<u>mittelschwere</u> körperliche Aktivität (etwas Schwitzen, leicht erhöhte Atmung, z. B. Radfahren, Schwimmen, Skaten)	__ __	__ __	Stunden/ Woche
<u>schwere</u> körperliche Aktivität (viel Schwitzen, schnelle Atmung, z. B. Ballspiele, Training)	__ __	__ __	Stunden/ Woche

30 Sind Sie ein aktives Mitglied in einem Sportverein/Sport-AG?

Ja  Nein *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 31*

**Wenn „JA“:**  
 30.1 Welche Sportart betreiben Sie in einem Sportverein/Sport-AG?

	Bezeichnung
1. Sportart	_____
2. Sportart	_____
3. Sportart	_____

31	Besuchen Sie <u>zurzeit regelmäßig</u> ein Fitnesscenter/Gesundheitscenter oder nutzen Sie online Fitnesscenter/Apps?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 32</i>
	<p><b>Wenn „JA“:</b></p> <p>31.1 Welches Training machen Sie dort? (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ausdauer (z. B. Laufen, Crosstrainer, Fahrrad, Zumba)</p> <p><input type="checkbox"/> Kraft (z. B. Training mit Gewichten oder an Kraftsportgeräten)</p> <p><input type="checkbox"/> Generelle Fitness (z. B. Bauch-Beine-Po, Yoga, Pilates, Gymnastik)</p>
32	Sind Sie in den <u>vergangenen 5 Jahren</u> umgezogen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 33</i>
	<p><b>Wenn „JA“:</b></p> <p>32.1 Seit wann wohnen Sie in der derzeitigen Wohnung?       __ __ · __ __  Monat      Jahr</p>
33	Wo wohnen Sie zurzeit?
	<p>(Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> im Elternhaus</p> <p><input type="checkbox"/> alleine</p> <p><input type="checkbox"/> mit dem Partner / mit der Partnerin</p> <p><input type="checkbox"/> in einer Wohngemeinschaft oder in einem Studentenheim</p> <p><input type="checkbox"/> woanders: _____</p>
	<p><b>Wenn Sie mehrere Wohnsitze haben:</b></p> <p>33.1 Wo verbringen Sie die meiste Zeit? (Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> im Elternhaus</p> <p><input type="radio"/> alleine</p> <p><input type="radio"/> mit dem Partner / mit der Partnerin</p> <p><input type="radio"/> in einer Wohngemeinschaft oder in einem Studentenheim</p> <p><input type="radio"/> woanders: _____</p>
<b>Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Wohnung, in der Sie die meiste Zeit verbringen.</b>	

34	Würden Sie Ihre Wohnung als feucht bezeichnen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
35	Gibt es Schimmel- oder Stockflecken in Ihrer Wohnung (Schimmel auf Nahrungsmitteln ist damit nicht gemeint)?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 36</i>
	<p><b>Wenn „JA“:</b></p> <p>35.1 In welchen Räumen (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Bad</p> <p><input type="checkbox"/> Keller</p> <p><input type="checkbox"/> Schlafzimmer</p> <p><input type="checkbox"/> übrige Wohnung</p>
36	Wie wird Ihre Wohnung überwiegend beheizt?
	<p><input type="checkbox"/> Ofen/Brenner außerhalb des Wohnbereiches (Zentralwärme, Ofen im Keller)</p> <p><input type="checkbox"/> Einzelofen/Brenner im Wohnbereich</p>
	<p><b>Wenn Sie einen „Einzelofen/Brenner im Wohnbereich“ haben:</b></p> <p>36.1 Welches Heizmaterial verwenden Sie? (Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> Gas</p> <p><input type="radio"/> vorwiegend Kohle</p> <p><input type="radio"/> vorwiegend Holz</p> <p><input type="radio"/> Strom</p> <p><input type="radio"/> Öl</p>
37	Benutzen Sie einen Gasherd zum Kochen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
38	Wie würden Sie den Verkehr in der Straße, in der Sie wohnen, beschreiben?
	<p>(Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Anwohnerverkehr (in Wohngebieten)</p> <p><input type="checkbox"/> Durchgangsverkehr oder Berufsverkehr</p>
39	Wie stark stört Sie der Verkehrslärm zu Hause, wenn Sie das Fenster geöffnet haben?
	<p>(Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen für den Grad der Störung an.)</p> <p>stört kein bisschen    <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"/>    stört unerträglich</p> <p>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</p>
40	Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrer Wohnumgebung?
	<p>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> Sehr sicher</p> <p><input type="radio"/> Sicher genug</p> <p><input type="radio"/> Nicht sicher</p>

	<input type="radio"/> Äußerst unsicher
41	Ihre Wohnumgebung ist ein Ort, um gut zu leben.
	(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)
	<input type="radio"/> Stimme vollständig zu
	<input type="radio"/> Stimme eher zu
	<input type="radio"/> Stimme eher nicht zu
	<input type="radio"/> Stimme überhaupt nicht zu

42	Besuchen Sie <u>nahe gelegene Grünflächen</u> (z. B. Park, Forst, Friedhof, Wiese)?																								
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 43</i>																								
	<b>Wenn „JA“:</b>																								
42.1	Wie oft sind Sie in <u>nahe gelegenen Grünflächen</u> (z. B. Park, Forst, Friedhof, Wiese)?																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Im Sommer</th> <th>Im Winter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jeden / fast jeden Tag</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>2-3 Mal pro Woche</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal pro Woche</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal pro Monat</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal alle 2-3 Monate</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einmal pro halbes Jahr</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>seltener</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		Im Sommer	Im Winter	Jeden / fast jeden Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	2-3 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einmal pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einmal pro Monat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einmal alle 2-3 Monate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einmal pro halbes Jahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	seltener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Im Sommer	Im Winter																							
Jeden / fast jeden Tag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
2-3 Mal pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Einmal pro Woche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Einmal pro Monat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Einmal alle 2-3 Monate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
Einmal pro halbes Jahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
seltener	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																							
42.2	Was machen Sie dort <u>im Sommer</u> ? (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)																								
	<input type="checkbox"/> Sportliche Aktivitäten <input type="checkbox"/> Spaziergehen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																								
42.3	Was machen Sie dort <u>im Winter</u> ? (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)																								
	<input type="checkbox"/> Sportliche Aktivitäten <input type="checkbox"/> Spaziergehen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____																								
43	Haben Sie einen Garten oder gemeinsame Grünflächen zu Hause?																								
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
44	Wie viele Pflanzen haben Sie zurzeit in Ihrer Wohnung?																								

	<p>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> keine</p> <p><input type="radio"/> 1-5</p> <p><input type="radio"/> 6-10</p> <p><input type="radio"/> mehr als 10</p>
45	Halten Sie <u>zurzeit</u> Haustiere in der Wohnung?
	<p><input type="radio"/> Ja            <input type="radio"/> Nein            <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 46</i></p> <hr/> <p><b>Wenn „JA“:</b></p> <p>45.1 Welche Tiere halten Sie zurzeit in Ihrer Wohnung?</p> <p>(Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hund</p> <p><input type="checkbox"/> Katze</p> <p><input type="checkbox"/> Nagetiere (z. B. Hamster, Kaninchen, Meerschweinchen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige</p>
46	Haben Sie leibliche Kinder?
	<p><input type="radio"/> Ja            <input type="radio"/> Nein            <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 47</i></p> <hr/> <p><b>Wenn „JA“:</b></p> <p>46.1 Wie viele leibliche Kinder haben Sie?  __ __ </p> <p>46.2 Sind Sie eine alleinerziehende Mutter/ein alleinerziehender Vater?</p> <p><input type="radio"/> Ja            <input type="radio"/> Nein</p>
47	Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?
	<p>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> Ich besuche eine Schule</p> <p><input type="radio"/> Ich mache eine Ausbildung</p> <p><input type="radio"/> Ich mache ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr, freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst</p> <p><input type="radio"/> Ich studiere</p> <p><input type="radio"/> Ich bin berufstätig</p> <p><input type="radio"/> Ich bin arbeitslos</p> <p><input type="radio"/> Ich bin ein Hausmann/eine Hausfrau</p> <p><input type="radio"/> Anderes (z. B. Work and Travel, Au-pair, Elternzeit, ...): _____</p> <hr/> <p><b>Wenn Sie eine <u>Schule</u> besuchen:</b></p> <p>47.1 In welche Schule gehen Sie momentan?</p> <p>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</p> <p><input type="radio"/> Gymnasium</p> <p><input type="radio"/> Fachoberschule</p> <p><input type="radio"/> Berufsoberschule</p> <p><input type="radio"/> Abendkolleg</p> <p><input type="radio"/> Andere Schule: _____</p> <hr/> <p><b>Wenn Sie eine <u>Ausbildung</u> machen:</b></p>



47.2 Bitte geben Sie die Bezeichnung der Ausbildung an:

\_\_\_\_\_

**Wenn Sie studieren:**

47.3 Wo studieren Sie?

*(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)*

- Universität
- Fachhochschule
- Berufsakademie

47.4 Bitte geben Sie die Bezeichnung des Studiums an:

\_\_\_\_\_

**Wenn Sie berufstätig sind:**

47.5 Bitte geben Sie die Bezeichnung Ihrer Tätigkeit an:

\_\_\_\_\_

47.6 Arbeiten Sie Vollzeit oder Teilzeit?

*(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)*

- Voll erwerbstätig (100%)
- Mehr als halbtags
- Halbtags (50%)
- Weniger als halbtags

48 Wie viel Geld steht Ihnen im Monat netto (nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben) zur Verfügung?

*(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)*

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Unter 250 Euro          | <input type="radio"/> 1000 bis unter 1500 Euro | <input type="radio"/> 3000 bis unter 3500 Euro |
| <input type="radio"/> 250 bis unter 500 Euro  | <input type="radio"/> 1500 bis unter 2000 Euro | <input type="radio"/> 3500 Euro und mehr       |
| <input type="radio"/> 500 bis unter 750 Euro  | <input type="radio"/> 2000 bis unter 2500 Euro |  |
| <input type="radio"/> 750 bis unter 1000 Euro | <input type="radio"/> 2500 bis unter 3000 Euro |  |

49 Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie zurzeit?

*(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)*

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> kein Abschluss                       | <input type="radio"/> Fachhochschulreife            |
| <input type="radio"/> Hauptschulabschluss                  | <input type="radio"/> allgemeine Hochschulreife     |
| <input type="radio"/> qualifizierender Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> sonstiger Abschluss:<br>_____ |
| <input type="radio"/> mittlere Reife                       |   |

50 Streben Sie zurzeit einen höheren Schulabschluss an, als Sie bereits haben?

- Ja             Nein            *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 51*

**Wenn „JA“:**

	<p>50.1 Welchen höchsten Schulabschluss <u>streben Sie zurzeit</u> an?  <i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i></p> <p> <input type="radio"/> Hauptschulabschluss                      <input type="radio"/> Fachhochschulreife  <input type="radio"/> qualifizierender Hauptschulabschluss      <input type="radio"/> allgemeine Hochschulreife  <input type="radio"/> mittlere Reife                                      <input type="radio"/> sonstiger Abschluss: _____ </p>
51	<p>Falls Sie noch Anmerkungen oder Kommentare haben, können Sie diese hier bitte eintragen:</p>
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

MUSTER