



20-Jahres- Hauptfragebogen



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

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

Liebe LISA-Teilnehmerin, lieber LISA-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 Ihr Geschlecht an:
	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> anderes, und zwar: _____
2	Bitte geben Sie das aktuelle Gewicht und die Größe an:
	Gewicht _ _ _ _ (kg) Größe _ _ _ _ (cm) <i>(Nachkommastellen bitte weglassen)</i>
3	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 4</i>
	Wenn „JA“: 3.1 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
	Wenn „JA“: 3.1.1 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
	3.1.2 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
	3.1.3 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
	3.1.4 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

4	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 5</i>
	Wenn „JA“:	
4.1	Hat dies jemals ein Arzt bestätigt?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
4.2	In welchem Alter trat das Asthma zum ersten Mal auf?	
	__ __ Alter (Jahre)	
4.3	Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Asthma behandelt worden?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
4.4	Besteht die Erkrankung weiterhin?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Wenn „NEIN“:	
4.4.1	Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?	
	__ __ Alter (Jahre)	
5	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	
6	Husten Sie häufig beim Aufstehen oder sonst im Laufe des Tages, ohne erkältet zu sein?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
7	Hatten Sie <u>irgendwann</u> einmal Niesanfälle 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 8</i>
	Wenn „JA“:	
7.1	Hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> Niesanfälle oder eine laufende, verstopfte oder juckende Nase, obwohl Sie nicht erkältet waren?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
7.1.1	Wenn „JA“: Hatten Sie in den letzten 12 Monaten gleichzeitig mit diesen Nasenbeschwerden auch juckende oder tränende Augen?	
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
7.1.2	Wie lange hielten die Symptome an?	Ja Nein
	Mehr als 4 aufeinanderfolgende Tage pro Woche?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Mehr als 4 Wochen in Folge?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7.1.3	Meine Beschwerden...	Ja Nein
	belasten mich im Schlaf.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	schränken mich in meinen täglichen Aktivitäten (Sport, Freizeit, etc.) ein.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	schränken mich in meiner Leistungsfähigkeit in der Schule oder am Arbeitsplatz ein.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
	empfinde ich als Belastung.	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

8	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 9</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>8.1 Hat dies jemals ein Arzt bestätigt?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>8.2 In welchem Alter trat der Heuschnupfen zum ersten Mal auf?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>
	<p>8.3 Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Heuschnupfen behandelt worden?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>8.4 Besteht die Erkrankung weiterhin?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>Wenn „NEIN“:</p> <p>8.4.1 Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>
9	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 10</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>9.1 Hat dies jemals ein Arzt bestätigt?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>9.2 In welchem Alter trat der allergische Schnupfen zum ersten Mal auf?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>
	<p>9.3 Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen allergischem Schnupfen behandelt worden?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>9.4 Besteht die Erkrankung weiterhin?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<p>Wenn „NEIN“:</p> <p>9.4.1 Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>
10	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 11</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>10.1 Trat dieser juckende Hautausschlag an einer der folgenden Körperstellen auf: In den Ellenbeugen oder Kniekehlen, an den Hand- oder Fußgelenken, im Gesicht, am Hals?</p> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

11	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 12</i>	
<p>Wenn „JA“:</p>	
11.1	Trat dieser juckende Hautausschlag auch <u>in den letzten 12 Monaten</u> auf? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Wenn „JA“:</p>	
11.1.1	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
11.1.2	Ist dieser juckende Hautausschlag <u>in den letzten 12 Monaten</u> jemals völlig verschwunden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12	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 13</i>	
<p>Wenn „JA“:</p>	
12.1	Hat dies jemals ein Arzt bestätigt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12.2	In welchem Alter trat die Neurodermitis zum ersten Mal auf? __ __ Alter (Jahre)
12.3	Sind Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> wegen Neurodermitis behandelt worden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
12.4	Besteht die Erkrankung weiterhin? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<p>Wenn „NEIN“:</p>	
12.4.1	Seit welchem Alter sind Sie beschwerdefrei? __ __ Alter (Jahre)
13	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 14</i>	
<p>Wenn „JA“:</p>	
13.1	In welchem Alter trat das Handekzem zum ersten Mal auf? __ __ Alter (Jahre)

14	Hatten Sie jemals ein Ekzem (Rötung oder Schuppung der Haut) nach Kontakt mit:																																																																				
<input type="checkbox"/> Nein, kein Ekzem nach Kontakt mit einem Material <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: _____																																																																					
15	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" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th colspan="5" style="text-align: center;"><u>JA, im Alter von</u></th> <th></th> </tr> <tr> <th colspan="2"></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">15</th> <th style="text-align: center;">16</th> <th style="text-align: center;">17</th> <th style="text-align: center;">18</th> <th style="text-align: center;">19</th> <th style="text-align: center;">Jahren</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Nahrungsmittelallergie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Neurodermitis, allergisches oder atopisches Ekzem</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Heuschnupfen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">ganzjährig allergischer Schnupfen, z. B. Hausstaubmilbenallergie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										<u>JA, im Alter von</u>								Nein	15	16	17	18	19	Jahren	Asthma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	
		<u>JA, im Alter von</u>																																																																			
		Nein	15	16	17	18	19	Jahren																																																													
Asthma	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>																																																														
16	Hat ein <u>Arzt</u> bei Ihnen <u>jemals</u> eine der folgenden Krankheiten festgestellt?																																																																				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Erstmals im Alter von:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">Psoriasis (Schuppenflechte)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Epilepsie/Krampfleiden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Bösartige Erkrankung (Krebs)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Hypertonie (Bluthochdruck)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Typ-1-Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Typ-2-Diabetes</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Zöliakie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Autoimmunerkrankung (z. B. Rheuma, Hashimoto Thyreoiditis)</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"> __ __ (Jahre)</td> </tr> </tbody> </table>									Ja	Nein	Erstmals im Alter von:	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)																		
	Ja	Nein	Erstmals im Alter von:																																																																		
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)																																																																		

17 Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine andere chronische Krankheit diagnostiziert?

Ja Nein *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 18*

Wenn „JA“:

17.1 Bitte geben Sie die chronischen Krankheiten und das Alter bei der Diagnose an:

Bezeichnung:

Alter bei Diagnose

|__|__| (Jahre)

|__|__| (Jahre)

|__|__| (Jahre)

18 Achten Sie aus medizinischen oder anderen Gründen auf Ihre Ernährung oder halten Sie eine besondere Diät?

Ja Nein *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 19*

Wenn „JA“:

18.1 Aus welchen Gründen?

	Ja	Nein
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"/>

19 Haben Sie innerhalb der letzten vier Wochen vom Arzt verschriebene Medikamente eingenommen – nach Bedarf oder regelmäßig - wie z. B. Asthmaspray, Schilddrüsenhormone oder Verhütungsmittel?

Ja Nein *Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 20*

Wenn „JA“:

19.1 Bitte teilen Sie uns mit, welche:



Geben Sie den **genauen und vollständigen Namen** des Medikamentes in der Tabelle an. **Vergessen Sie bitte nicht die Dosierung und wenn möglich die PZN-Nummer anzugeben!**

PZN-Nummer: Sie finden sie meist unter dem **Strichcode** auf einer der 6 Seiten der Medikamentenschachtel. Die Buchstabenfolge „**PZN**“ steht immer vor der Nummer.

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

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

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

	Ja	Unsicher	Nein
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ischämische Herzkrankheiten (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Herzkrankheiten (z. B. Herzklappenfehler, Herzmuskelentzündung, Herzbeutelentzündung, Herzrhythmusstörungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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 Hat ein Arzt bei Ihrem **leiblichen Vater** jemals eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

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

22	Haben Sie jemals eine ganze Zigarette (auch selbstgedreht) geraucht? <i>(Rauchen von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc. ist nicht gemeint.)</i>
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 23</i>	
Wenn „JA“:	
22.1	Wie alt waren Sie, als Sie Ihre erste ganze Zigarette geraucht haben? __ __ Alter (Jahre)
22.2	Haben Sie jemals über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten regelmäßig geraucht? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
22.3	Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Zigaretten zu rauchen? __ __ Alter (Jahre)
22.4	Rauchen Sie zurzeit Zigaretten? <i>(Rauchen von E-Zigaretten, Zigarren, Pfeife etc. ist nicht gemeint.)</i> <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
Wenn „JA“:	
22.4.1	Wie viele Zigaretten rauchen Sie <u>zurzeit</u> ? __ __ Stück pro Tag <u>ODER</u> __ __ Stück pro Woche
Wenn „NEIN“:	
22.4.2	Wie viele Zigaretten haben Sie <u>früher</u> geraucht? __ __ Stück pro Tag <u>ODER</u> __ __ Stück pro Woche
22.4.3	Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben Zigaretten zu rauchen? __ __ Alter (Jahre)

23	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 24</i> Wenn „JA“:
23.1	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 23.2</i> Wenn „JA“: 23.1.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig E-Zigarette/E-Shisha zu rauchen? __ __ Alter (Jahre) <hr/> 23.1.2 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 <hr/> 23.1.2.1 Wenn „NEIN“: Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben? __ __ Alter (Jahre)
23.2	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 23.3</i> Wenn „JA“: 23.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Zigarren/Zigarillos zu rauchen? __ __ Alter (Jahre) <hr/> 23.2.2 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 <hr/> 23.2.2.1 Wenn „NEIN“: Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben? __ __ Alter (Jahre)

	<p>23.3 Haben Sie jemals regelmäßig <u>Pfeife</u> geraucht?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 23.4</i></p> <hr/> <p>Wenn „JA“:</p> <p>23.3.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Pfeife zu rauchen?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p> <hr/> <p>23.3.2 Rauchen Sie zurzeit <u>Pfeife</u>?</p> <p><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</p> <hr/> <p>Wenn „NEIN“:</p> <p>23.3.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>
	<p>23.4 Haben Sie jemals regelmäßig <u>Wasserpfeife/Shisha</u> geraucht?</p> <p><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 24</i></p> <hr/> <p>Wenn „JA“:</p> <p>23.4.1 Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Wasserpfeife/Shisha zu rauchen?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p> <hr/> <p>23.4.2 Rauchen Sie zurzeit <u>Wasserpfeife/Shisha</u>?</p> <p><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</p> <hr/> <p>Wenn „NEIN“:</p> <p>23.4.2.1 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben?</p> <p> __ __ Alter (Jahre)</p>

24	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 25</i>							
Wenn „JA“:									
24.1	Wie oft wurde während der vergangenen 5 Jahre in Ihrer Wohnung geraucht?								
	Im Alter von:	15 Jahren	16 Jahren	17 Jahren	18 Jahren	19 Jahren			
	täglich oder fast täglich	<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"/>			
	gelegentlich	<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"/>			
24.2	Wie viele Zigaretten <u>pro Tag</u> wurden in Ihrer Wohnung <u>durchschnittlich</u> geraucht?								
	Im Alter von:	15 Jahren	16 Jahren	17 Jahren	18 Jahren	19 Jahren			
	von Ihnen selbst	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _			
	von anderen Personen	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _	_ _ _			
25	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 26</i>							
Wenn „JA“:									
25.1	Wie oft waren Sie in den vergangenen 5 Jahren außerhalb der Wohnung Tabakrauch ausgesetzt?								
	Im Alter von:	15 Jahren	16 Jahren	17 Jahren	18 Jahren	19 Jahren			
	täglich oder fast täglich	<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"/>			
	gelegentlich	<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"/>			
26	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 27</i>							
Wenn „JA“:									
26.1	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"/>	

27	Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich?				
	an Arbeits- oder Schultagen	__ __	(Stunden)		
	an arbeits- oder schulfreien Tagen	__ __	(Stunden)		
28	Leiden Sie unter Schlafschwierigkeiten?				
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 29</i>		
	28.1 Wenn „JA“:				
		Ja	Nein		
	Können Sie schlecht einschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
	Können Sie schlecht durchschlafen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
29	Wie viele Stunden <u>pro Tag</u> (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"/>
30	Wie viele Stunden sind Sie <u>in einer normalen Woche</u> (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
31	Sind Sie ein aktives Mitglied in einem Sportverein/Sport-AG?				
	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 32</i>		
	31.1 Wenn „JA“: Welche Sportart betreiben Sie in einem Sportverein/Sport-AG?				
		Bezeichnung			
	1. Sportart	_____			
	2. Sportart	_____			
	3. Sportart	_____			

32	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 33</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>32.1 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>
33	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 34</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>33.1 Seit wann wohnen Sie in der derzeitigen Wohnung? __ __ . __ __ Monat Jahr</p>
34	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>Wenn Sie mehrere Wohnsitze haben:</p> <p>34.1 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>
<u>Die folgenden Fragen beziehen sich auf die Wohnung, in der Sie die meiste Zeit verbringen.</u>	
35	Würden Sie Ihre Wohnung als feucht bezeichnen?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
36	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 37</i>
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>36.1 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>

43	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 44</i>																								
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>43.1 Wie oft sind Sie in <u>nahe gelegenen Grünflächen</u> (z. B. Park, Forst, Friedhof, Wiese)?</p> <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"/>																							
	<p>43.2 Was machen Sie dort <u>im Sommer</u>? (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sportliche Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> Spaziergehen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>																								
	<p>43.3 Was machen Sie dort <u>im Winter</u>? (Bitte wählen Sie einen oder mehrere Punkte aus der Liste aus.)</p> <p><input type="checkbox"/> Sportliche Aktivitäten</p> <p><input type="checkbox"/> Spaziergehen</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>																								
44	Haben Sie einen Garten oder gemeinsame Grünflächen zu Hause?																								
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein																								
45	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>																								
46	Halten Sie <u>zurzeit</u> Haustiere in der Wohnung?																								
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 47</i>																								
	<p>Wenn „JA“:</p> <p>46.1 Welche Tiere halten Sie zurzeit in Ihrer Wohnung? (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>																								

47	Haben Sie leibliche Kinder?
	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 48</i>
	<p style="text-align: center;">Wenn „JA“:</p> 47.1 Wie viele leibliche Kinder haben Sie? __ __
	47.2 Sind Sie eine alleinerziehende Mutter/ein alleinerziehender Vater? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
48	Welche Tätigkeit üben Sie zurzeit hauptsächlich aus?
	<i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i> <input type="radio"/> Ich besuche eine Schule <input type="radio"/> Ich mache eine Ausbildung <input type="radio"/> Ich mache ein freiwilliges soziales/ökologisches Jahr, freiwilligen Wehrdienst, Bundesfreiwilligendienst <input type="radio"/> Ich studiere <input type="radio"/> Ich bin berufstätig <input type="radio"/> Ich bin arbeitslos <input type="radio"/> Ich bin ein Hausmann/eine Hausfrau <input type="radio"/> Anderes (z. B. Work and Travel, Au-pair, Elternzeit, ...): _____
	<p style="text-align: center;">Wenn Sie eine <u>Schule</u> besuchen:</p> 48.1 In welche Schule gehen Sie momentan? <i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i> <input type="radio"/> Gymnasium <input type="radio"/> Fachoberschule <input type="radio"/> Berufsoberschule <input type="radio"/> Abendkolleg <input type="radio"/> Andere Schule: _____
	<p style="text-align: center;">Wenn Sie eine <u>Ausbildung</u> machen:</p> 48.2 Bitte geben Sie die Bezeichnung der Ausbildung an: _____
	<p style="text-align: center;">Wenn Sie <u>studieren</u>:</p> 48.3 Wo studieren Sie? <i>(Bitte wählen Sie eine der folgenden Antworten:)</i> <input type="radio"/> Universität <input type="radio"/> Fachhochschule <input type="radio"/> Berufsakademie
	48.4 Bitte geben Sie die Bezeichnung des Studiums an: _____

