

Um Portokosten und Postwege zu sparen, können Sie den BabyCare-Fragebogen bequem unter www.baby-care.de/fragebogen ausfüllen. Um Ihre persönliche Analyse *noch schneller* zu erhalten, bieten wir Ihnen den Versand dieser auch per E-Mail an.

BabyCare

Profil & Analyse

Ein paar Hinweise vorweg

Erlauben Sie uns, mit einer Frage zu beginnen?

Wie ist im Allgemeinen Ihre Einstellung zur Teilnahme an schriftlichen oder telefonischen Befragungen?

- Daran nehme ich prinzipiell nicht teil
- Daran nehme ich nicht gerne teil
→ (Bitte weiter mit A)
- Das kommt auf das Thema an
→ (Bitte weiter mit B)
- Weiß ich nicht
→ (Bitte weiter mit A)

A

Etwa die Hälfte der Bundesbürger beteiligt sich nur ungern an Befragungen und etwa ein Viertel tut dies aus Prinzip nicht. Wenn Sie zu diesen Gruppen gehören, möchten wir Sie bitten, hier und heute Ihre Skepsis noch einmal zu überdenken, denn mit den Informationen, die Sie uns geben, erhalten Sie in einem Auswertungsschreiben wichtige Hinweise und Empfehlungen, wie Sie mögliche Risiken für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft verringern können. Und ggf. erfahren Sie auch, dass soweit alles o.K. ist. Bitte weiterlesen. ↓

B

Der Fragebogen behandelt alle Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie vor Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft schützen oder die Wahrscheinlichkeit ihres Eintritts erhöhen. Bei einigen Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen können Sie sich selbst ein Bild machen, ob bei Ihnen Risiken bestehen, z. B. beim Rauchen. Bei vielen Anderen können Sie sich aber nicht sicher sein, ob hier tatsächlich Risiken bestehen oder nicht. Dazu drei Beispiele:

Stress vor und in der Schwangerschaft, häufige vaginalen Infektionen und eine unzureichende Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen sind Risiken für Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft. Im Fragebogen erfragen wir auch diese drei Bereiche. Sie geben uns an, ob und wie stark Sie unter Stress stehen, wie viele vaginalen Infektionen Sie in Ihrem Leben bisher gehabt haben und schließlich füllen Sie das Ernährungsprotokoll aus.

Stresserleben ist eine sehr subjektive Sache. Indem wir Ihre persönlichen Angaben zum Stress mit den Angaben von allen Teilnehmerinnen am BabyCare-Programm vergleichen, können wir Ihnen sagen, ob Sie persönlich überdurchschnittlich oder normal mit Stress belastet sind. Liegen Sie deutlich über dem Durchschnitt, erhalten Sie diese Informationen mit Ratschlägen und Empfehlungen, wie Sie mit Stress besser umgehen können.

Dasselbe gilt für vaginalen Infektionen. Nehmen wir einmal an, Sie geben an, bisher drei vaginalen Infektionen gehabt zu haben. Ist das viel, ist das wenig, oder ist das normal? Auch hier vergleichen wir mit dem Durchschnitt und können Ihnen mitteilen, ob Sie überdurchschnittlich häufig solche Infektionen hatten. Dies ist wichtig für Sie, denn dann können Sie im Verlauf der Schwangerschaft viel dafür tun, diese Infektionen zu vermeiden.

Das Ausfüllen des 7 Tage Ernährungsprotokolls ist – zugegebenermaßen – etwas mühsam. Aber Sie erhalten dafür wichtige Informationen. Fast jede Schwangere ist mit Folsäure, Eisen und Jod unterversorgt.

MUSTER

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie –

- in die Kästchen ein Kreuz machen
Beispiel: Haben Sie Kinder? Ja 1
 Nein 2
- oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen
Beispiel: Alter Jahre
- oder etwas auf die Zeile schreiben
Beispiel: Welche Sportarten betreiben Sie?

Wenn Sie einmal ein Kreuz falsch gesetzt haben, korrigieren Sie wie folgt:
 Angenommen, Sie haben auf die Frage nach dem täglichen Medikamentenkonsumm irrtümlich angegeben, dass Sie ein bestimmtes Präparat täglich einnehmen, in Wirklichkeit nehmen Sie es aber nur 1mal pro Woche ein, dann machen Sie bitte einen Kreis um das falsch gesetzte Kreuz und setzen ein neues Kreuz an der zutreffenden Stelle:

Täglich	Mehrmals pro Woche	1mal pro Woche	Seltener	Nie
1	2	3	4	5
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beispiel:

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird:
Beispiel: Ja 1 *Nein* 2 **Weiter mit Frage . . .**

**Wenn Sie "Ja" ankreuzen, gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.
 Wenn Sie "Nein" ankreuzen, gehen Sie zu der Frage weiter, die im Kästchen steht.**

können Sie die Beantwortung jederzeit auch unterbrechen und später fortfahren.

Wenn Sie den Fragebogen an uns zurückschicken, erhalten Sie nach etwa 2-3 Wochen die Auswertung der Ergebnisse mit persönlichen Empfehlungen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gerne auch per Mail zu. Machen Sie dazu einfach den entsprechenden Vermerk am Ende des Fragebogens.

Der Fragebogen wurde mit dem zuständigen Datenschutzbeauftragten in Berlin abgestimmt. **Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können sicher sein, dass alle Angaben, die Sie machen nur anonymisiert ausgewertet werden.** Dazu wird Ihre Adressangabe sofort nach Eingang vom Fragebogen getrennt. Die Mitarbeiter, die den Fragebogen bearbeiten, wissen nicht, von wem die Angaben stammen. Mehr Informationen dazu finden Sie auch in unserer Datenschutzerklärung auf Seite 26 in diesem Fragebogen.

Erklären Sie am Ende des Fragebogens mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass wir nach dem voraussichtlichen Geburtstermin mit Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt Kontakt aufnehmen und das Geburtsergebnis von ihr/ ihm erhalten dürfen. Dies benötigen wir aus Forschungszwecken, um die Wirksamkeit des BabyCare-Programms genau überprüfen und das Programm stetig verbessern zu können.

Nehmen Sie sich die Zeit für ein »Gespräch« mit sich selbst.

Stress, Vaginalinfektionen und Defizite in der Mikronährstoffversorgung verdoppeln jeweils einzeln das Risiko für eine Frühgeburt. Umgekehrt gilt, dass Stressreduktion, Schutz vor einer Vaginalinfektion und eine gute Mikronährstoffversorgung das Risiko jeweils halbieren.

Und dies ist unser Ziel. Nutzen Sie deshalb unser Angebot und füllen Sie den Fragebogen aus. Dies ist ganz einfach. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30-45 Minuten, dazu kommen noch jeweils 5 Minuten pro Tag für das Ernährungsprotokoll. Beantworten Sie bitte alle Fragen so genau und zutreffend wie möglich.

Der Fragebogen existiert auch als Onlineversion. Vorteile der Onlineversion sind, dass der Fragebogen versandkostenfrei an uns zurückgeschickt werden kann. Auch die Zeit des Postweges fällt dadurch weg und Sie halten Ihre persönliche Analyse schneller in den Händen. Den Onlinefragebogen finden Sie unter www.baby-care.de/fragebogen. Durch das Anmelden und die Vergabe eines Passwortes

Verantwortliche Stelle:

FB+E Forschung, Beratung + Evaluation GmbH
 Projektteam BabyCare
 Dr. Renate Kirschner (Geschäftsführerin)

c/o Charité Frauenklinik CVK
 Augustenburger Platz 1
 13353 Berlin
 Telefon: +49-30-450 5780 32
 FAX: +49-30-450 5789 22
 E-Mail: team@baby-care.de

	ID-NR.:
--	----------------

Bestehende oder geplante Schwangerschaft

1.	Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft?	Bin schwanger <input type="checkbox"/> 1
		Plane eine Schwangerschaft <input type="checkbox"/> 2

Wohnung

2a	Planen Sie in der Zeit der Schwangerschaft bzw. in den nächsten zehn Monaten einen Umzug oder Renovierungsmaßnahmen in Ihrer derzeitigen (oder neuen) Wohnung?	
	Ja, Umzug <input type="checkbox"/> 1	Nein, weder Umzug noch Renovierung geplant. <input type="checkbox"/> 1
	Ja, Renovierungsmaßnahmen .. <input type="checkbox"/> 1	Weiter mit Frage 3

2b	Führen Sie diese Umzüge oder die Renovierungsmaßnahmen selbst aus oder beauftragen Sie Dritte?	
	Führe selbst aus bzw. mit Partner 1 <input type="checkbox"/>	
	Beauftrage Dritte 2 <input type="checkbox"/>	
	Sowohl als auch 3 <input type="checkbox"/>	

3.	Halten Sie in Ihrer Wohnung, in Ihrem Haus eine oder mehrere Katzen?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
-----------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

4.	Halten Sie sich häufiger (z. B. bei Freunden) in Wohnungen auf, in denen Katzen gehalten werden?	Ja <input type="checkbox"/> 1	Nein <input type="checkbox"/> 2
-----------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsplatz

5.	Welchen Schulabschluss haben Sie? Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den <u>höchsten</u> an!	
	Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> 1	
	Realschulabschluss (Mittlere Reife) / Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse <input type="checkbox"/> 2	
	Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS und Fachoberschule) <input type="checkbox"/> 3	
	Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> 4	
	Anderen Schulabschluss <input type="checkbox"/> 5	
	Noch keinen Schulabschluss / Schule ohne Abschluss beendet <input type="checkbox"/> 6	

6.	Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?	
	Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) <input type="checkbox"/> 1	Weiter mit Frage 8
	Teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> 2	
	Teilzeit- oder stundenweise berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden) <input type="checkbox"/> 3	
	In Ausbildung / Schülerin / Lehrling / Studentin <input type="checkbox"/> 4	
	Nicht berufstätig (Hausfrau) <input type="checkbox"/> 5	
	Nicht berufstätig (arbeitslos / arbeitssuchend) <input type="checkbox"/> 6	
	Vorübergehende Freistellung (z. B. Beschäftigungsverbot, Erziehungsurlaub) <input type="checkbox"/> 7	

7. **Waren Sie schon einmal berufstätig?**
 Ja1 Nein.....2 **Weiter mit Frage 13**

8. **Als was arbeiten Sie derzeit, bzw. – wenn Sie derzeit nicht arbeiten – als was haben Sie zuletzt gearbeitet?** **Bitte Berufsbezeichnung angeben:**

9. **Bitte nennen Sie die (letzte) berufliche Stellung und das Qualifikationsniveau, über das Sie in Ihrem Beruf verfügen.**

	Qualifikationsniveau			
	Einfach	Mittel	Hoch	Sehr hoch
	1	2	3	4
Arbeiterin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angestellte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamtin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diese Frage richtet sich nur an Schwangere:

10. **Waren Sie zum Zeitpunkt der Feststellung Ihrer derzeitigen Schwangerschaft berufstätig?**
Falls nein: Seit wann sind Sie nicht mehr berufstätig?

Ja1 Nein.....2 **Weiter mit Frage 13**

Seit **Weiter mit Frage 13**

Monat Jahr

11a **Wie häufig und wie stark fühlen bzw. fühlten Sie sich durch Arbeit und/oder Ausbildung im Allgemeinen belastet?**

Häufigkeit: Sehr häufig ..₁ Häufig.....₂ Gelegentlich...₃ Selten.....₄ Nie₅

Stärke: Sehr stark₁ Stark.....₂ Es geht₃ Kaum.....₄ Gar nicht...₅

11b **Haben oder hatten Sie bei Ihrer Arbeit häufig mit Kindern oder Kleinkindern zu tun?** Ja₁ Nein₂

11c **Haben oder hatten Sie häufig Kontakt mit Erde oder Sand?** Ja₁ Nein₂

11d **Ist oder war Ihre Tätigkeit überwiegend?**
 Sitzend₁ Stehend₂ Gehend / aktiv...₃ Unterschiedlich....₄

12. **Welche der folgenden Arbeitsbedingungen kommen bzw. kamen häufig oder regelmäßig vor und wie stark fühlen bzw. fühlten Sie sich dadurch belastet?**

	Fühle mich dadurch:			
	Kommt vor	nicht belastet	etwas belastet	stark belastet
	1	1	2	3
Schichtarbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperlich schwere Arbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Konzentration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeit mit Chemikalien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchen und Drogen

13. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie derzeit?

Habe noch **nie** geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren).... 1 Weiter mit Frage 16

Rauche schon längere Zeit nicht mehr 2 } Weiter mit Frage 15

Rauche nicht mehr, seit ich weiß, dass ich schwanger bin 3 }

Rauche derzeit 4 ▼

14. Wie viel rauchen Sie derzeit durchschnittlich pro Tag? Zigaretten

15. Wie viel haben Sie früher durchschnittlich pro Tag geraucht? Zigaretten

16. Halten Sie sich häufiger tagsüber oder abends in Räumen auf, in denen geraucht wird? 1

☞ *Mehrfachnennungen möglich!*

Ja, bei der Arbeit

Ja, zu Hause

Ja, an anderen Orten

Nein

17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, wenn auch nur gelegentlich, Cannabis, Marihuana oder andere sogenannte illegale Drogen verwendet?

Ja 1 ▼

Nein 2 Weiter mit Frage 19

18a. Wie häufig haben Sie diese Drogen in den letzten 12 Monaten verwendet? Circa Mal

18b. Haben Sie diese Drogen auch während der Schwangerschaft verwendet? Ja 1 Nein 2

Ernährung

19. Stellen Sie sich bitte vor, dass Sie vor ca. einem Jahr in einem Interview zur folgenden Aussage hätten Stellung nehmen sollen:

"Meiner Gesundheit zuliebe verwende ich Vitamin- und Mineralstoffpräparate."

Wie hätten Sie geantwortet?

☞ *Bitte geben Sie Ihre damalige Antwort an!*

Trifft voll und ganz zu 1

Trifft eher zu 2

Trifft eher nicht zu 3

Trifft überhaupt nicht zu ... 4

20. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Sätze auf Ihr Ernährungsverhalten zutreffen.

1 bedeutet: "Trifft voll und ganz zu", 6 bedeutet: "Trifft gar nicht zu".

Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.

☞ *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

	Trifft voll und ganz zu	Trifft gar nicht zu
	1 2 3 4 5 6	zu
Ich esse, was mir schmeckt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ich achte sehr auf die Kalorien	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ich esse gerne traditionell	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ich ernähre mich vegetarisch	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ich esse gerne exklusiv	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ich achte sehr auf den Preis der Nahrungsmittel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	


Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Frage 20		Trifft voll und ganz zu		Trifft gar nicht zu			
		1	2	3	4	5	6
Ich esse häufig in Kantinen und im Imbiss.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte sehr auf die Frische der Nahrungsmittel.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig in Gaststätten und Restaurants		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich verwende häufig Bioprodukte.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte sehr auf die Qualität der Nahrungsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse, was schnell zuzubereiten ist		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse, was einfach zuzubereiten ist.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse häufig Fertiggerichte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte besonders auf Vitamine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich achte besonders auf Mineralstoffe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse, was auf den Tisch kommt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Essen achte ich vor allem auf meine Gesundheit.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Welchem der folgenden Ernährungstypen würden Sie sich zuordnen? ☞ <i>Bitte nur <u>eine</u> Nennung!</i>	Schnell & Bequem <input type="checkbox"/> 1 Exklusiv & Genussvoll <input type="checkbox"/> 2 Traditionell & Gut <input type="checkbox"/> 3 Gesund & Natürlich..... <input type="checkbox"/> 4 Gesund & Fit..... <input type="checkbox"/> 5 Schnell & Preiswert..... <input type="checkbox"/> 6					
22.	Meinen Sie, dass Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder eher zu niedrig ist?	Eher zu hoch..... <input type="checkbox"/> 1 Gerade richtig <input type="checkbox"/> 2 Eher zu niedrig..... <input type="checkbox"/> 3					
23.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät oder sonstige besondere Ernährungsweisen (z. B. vegetarische Ernährung) durchgeführt? Wenn ja, welche?	Ja, Diät1 <input type="checkbox"/> ► und zwar: <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/> Ja, besondere Ernährung...2 <input type="checkbox"/> ► und zwar: <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/> Nein.....3 <input type="checkbox"/>					
24.	Wie häufig essen Sie derzeit rohes Fleisch (Tartar, Carpaccio), rohen Fisch (Sushi) oder Rohmilchprodukte (z. B. Rohmilchkäse)?	(Sehr) häufig <input type="checkbox"/> 1 Manchmal bzw. eher selten . <input type="checkbox"/> 2 Nie <input type="checkbox"/> 3					
25.	Wie häufig essen Sie derzeit Lakritz?	Sehr häufig <input type="checkbox"/> 1 Häufig <input type="checkbox"/> 2 Selten..... <input type="checkbox"/> 3 Nie <input type="checkbox"/> 4					

**26. Wie häufig nehmen Sie die einzelnen Getränke zu sich?
Denken Sie dabei bitte an die letzten 4 Wochen.**

	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1 Mal in der Woche	2-3 Mal im Monat	1 Mal im Monat oder seltener	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Milch, Milchgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee mit Koffein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee ohne Koffein (z. B. Kaffee Hag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersatzkaffee (z. B. Malzkaffee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarzer Tee.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräutertee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchtetee / Aroma Tee.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholfreies Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lightbier und alkoholarms Bier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bier mit normalem oder höherem Alkoholgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Sekt, Obstwein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u. Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfrischungsgetränke (Limonade, Fruchtsaftgetränke, Brause, Cola)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportlergetränke (z. B. "Isostar", "Gatorade")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chininhaltige Getränke (z. B. Bitter Lemon, Tonic Water)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann üblicherweise pro Tag?
Denken Sie dabei bitte (auch) an die letzten 4 Wochen.**

 **Bitte für jedes Getränk gesondert ankreuzen!**

Milch, Milchgetränke (Bitte denken Sie hier z. B. auch an Buttermilch oder Kefir) <u>Tassen:</u> gemeint sind normale Tassen mit 150 ml		Kaffee <u>Tassen:</u> gemeint sind normale Tassen mit 150 ml		Mit Koffein	Ohne Koffein bzw. Ersatz-/ Malzkaffee
Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/> 1	Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
5 bis 6 Tassen.....	<input type="checkbox"/> 2	5 bis 6 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
3 bis 4 Tassen.....	<input type="checkbox"/> 3	3 bis 4 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
1 bis 2 Tassen.....	<input type="checkbox"/> 4	1 bis 2 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/> 5	Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
Trinke (fast) nie Milch	<input type="checkbox"/> 6	Trinke (fast) nie Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Frage 27


Tee <i>Gemeint sind normale Tassen mit 150 ml</i>	Schwarzer Tee	Grüner Tee	Kräuter-/Früchte-/Aromatee	Bier	Alkohol-frei	Alkoholarm, Light-bier	Normaler Alkohol-gehalt
Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mehr als 2 Liter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 bis 6 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 bis 2 Liter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 bis 4 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	½ bis 1 Liter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 bis 2 Tassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¼ bis ½ Liter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weniger als ¼ Liter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinke (fast) nie Tee.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trinke (fast) nie Bier.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wein, Sekt, Obstwein, Alkopops <i>Gläser: gemeint sind Gläser mit 0,2 Liter</i>	Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u. Ä.) <i>Kleine Gläser: gemeint sind Gläser mit 2 cl</i>
5 Gläser und mehr.....	10 kleine Gläser und mehr
4 Gläser.....	5 bis 9 kleine Gläser
3 Gläser.....	3 bis 4 kleine Gläser
2 Gläser.....	2 kleine Gläser.....
1 Glas	1 kleines Glas
Weniger als 1 Glas	Weniger als 1 kleines Glas
Trinke (fast) nie Wein, Sekt, Obstwein	Trinke (fast) nie Hochprozentiges.....

Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit

28a **Wie oft betreiben Sie im Laufe einer Woche üblicherweise Gymnastik oder Sport?**

Regelmäßig mehr als 10 Stunden pro Woche (Leistungssport).....	<input type="checkbox"/>	Mache nie Gymnastik oder Sport.....	<input type="checkbox"/>
Regelmäßig 4 bis 10 Stunden pro Woche.....	<input type="checkbox"/>		
Regelmäßig 2 bis 4 Stunden pro Woche.....	<input type="checkbox"/>		
Regelmäßig 1 bis 2 Stunden pro Woche.....	<input type="checkbox"/>		
Weniger als 1 Stunde pro Woche.....	<input type="checkbox"/>		



Weiter mit Frage 29

28b **Wenn Sie Gymnastik oder Sport betreiben, um was handelt es sich?**

Schwimmen.....	<input type="checkbox"/>	Radfahren.....	<input type="checkbox"/>	Wandern.....	<input type="checkbox"/>	Fitness/Gymnastik ..	<input type="checkbox"/>
Tanzen.....	<input type="checkbox"/>	Skifahren	<input type="checkbox"/>	Tennis/Tischtennis .	<input type="checkbox"/>	Squash/Badminton .	<input type="checkbox"/>
Joggen/Walken.....	<input type="checkbox"/>	Fußball	<input type="checkbox"/>	Handball	<input type="checkbox"/>	Reiten	<input type="checkbox"/>

Sonstiges (bitte angeben):

29. **Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**

Sehr gut..... 1 Gut..... 2 Zufriedenstellend ... 3 Weniger gut..... 4 Schlecht..... 5

30a **Welche der Krankheiten auf der nebenstehenden Liste hatten Sie in den letzten 12 Monaten?**



30b **Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?**

30c **Wenn ja: womit? Geben Sie bitte so genau wie möglich den Namen des Medikaments an.**

30d **Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie auch in den letzten 4 Wochen?**

30e **Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?**

30f **Wenn ja: womit? Geben Sie bitte so genau wie möglich den Namen des Medikaments an.**

-  Die Krankheiten sind von A bis Z geordnet. Gehen Sie bitte die nebenstehende Liste kurz durch, kreuzen Sie die zutreffenden Krankheiten an und nennen Sie die verwendeten Medikamente. Geben Sie diese bitte so genau wie möglich an.
-  Falls Sie **keine** der Krankheiten haben oder hatten, machen Sie bitte in der letzten Zeile der Frage auf Seite 10 ein Kreuz.

Liste zu den Fragen 30a bis 30f	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	30a	30b	30c	30d	30e	30f
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
1. Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Allergie (Heuschnupfen, Neurodermitis, Kontaktekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bluthochdruck, Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Bronchitis (chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Bronchitis (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Durchblutungsstörung an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Eisenmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14. Essstörung / Bulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Gelenk- oder Wirbelsäulen-erkrankungen (HWS, LWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Gicht oder Harnsäureerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Glutenunverträglichkeit (Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Gürtelrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Herzerkrankung / Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina Pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. Herzschwäche, Herzasthma, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25. Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26. Krampfadern, "offenes Bein"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27. Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29. Leberschrumpfung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
30. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
31. Magenschleimhautentzündung, Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
32. Magersucht / Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	30a	30b	30c	30d	30e	30f
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
33. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
34. Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
35. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
36. Nierenbeckenentzündung (Pyelonephritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
37. Nierenkolik, Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
38. Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
39. Psychische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
40. Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
41. Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
42. Schilddrüsenkrankheiten (sonstige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
43. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
44. Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
45. Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
46. Thromboseneigung (Gerinnungsstörung) Faktor-V-Leiden (APC-Resistenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
47. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Krankheiten (<i>bitte angeben</i>): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatte keine dieser Krankheiten <input type="checkbox"/>						

31a	Welche der folgenden Erkrankungen der Geschlechtsorgane hatten Sie <u>jemals</u> ?		
31b	Welche hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> ?		
31c	31a	31b	31c
	Ja, hatte ich jemals	Ja, hatte ich in den letzten 12 Monaten	Name des Medikaments
	1	2	
1. Bakterielle Scheidenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
2. Scheidenpilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
3. Chlamydien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
4. Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
5. HPV (Humanes Papilloma-Virus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
6. Herpes-Genitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
7. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
8. Entzündung des Muttermundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
9. Eierstockentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
10. Entzündung der Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
Andere Vaginalinfektionen (<i>bitte angeben</i>): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____

31d	Wie viele Vaginalinfektionen, die behandelt werden mussten, hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?	Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Vaginalinfektionen	Keine..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 0		
31e	Und wie viele Vaginalinfektionen hatten Sie in den letzten 12 Monaten?	Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Vaginalinfektionen	Keine..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 0		
32.	Wenn Sie sich die Zähne putzen, beobachten Sie dabei häufiger, dass das Zahnfleisch blutet?				
	Ja, stark..... 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Ja, etwas 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	Nein..... 3 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Weiter mit Frage 34		
33.	Waren oder sind Sie <u>deshalb</u> in zahnärztlicher Behandlung?				
	Ja, war in Behandlung..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1	Ja, bin in Behandlung..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2	Nein..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3		
	} Handelt(e) es sich um eine richtige Parodontitisbehandlung, die Sie zum Teil selbst bezahlen mussten oder müssen?				
	Ja <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 1	Nein <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 2	Weiß nicht..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> 3		
34.	Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?				
	Insgesamt <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Tage	Keinen Tag <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 0			
35.	Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten ein- oder mehrmals in ein Krankenhaus aufgenommen worden?				
	Nein..... 1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>				
	Ja 2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> Aus welchen Gründen:	<input style="width: 480px; height: 25px;" type="text"/>			
	Wie viele Nächte waren Sie insgesamt im Krankenhaus?	Insgesamt <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Nächte			
36.	Wie viele gynäkologische Operationen (z. B. Myomentfernung, Konisation, Aborte) hatten Sie in Ihrem Leben insgesamt?				
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> gynäkologische Operationen				
	Keine gynäkologische Operation <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> 0				
37.	Wie sehr litten Sie in den letzten 12 Monaten unter den folgenden Beschwerden?				
		Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht
		1	2	3	4
	Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Kurzatmigkeit.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Schwächegefühl.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Schluckbeschwerden	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Mattigkeit.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Übelkeit	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Reizbarkeit.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Grübeleien.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Starkes Schwitzen.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Kreuz- oder Rückenschmerzen.....	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
	Innere Unruhe	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
<i>Fortsetzung nächste Seite</i>					

Fortsetzung Frage 37		Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht																					
		1	2	3	4																					
	Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Unruhe in den Beinen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Überempfindlichkeit gegen Kälte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Ungewollte Gewichtsabnahme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Missempfindungen an den Gliedmaßen wie Kribbeln oder Taubheitsgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Zittern von Muskeln oder Augenlidern.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Erschöpfungszustände, Müdigkeit, Abgeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Krämpfe der Speiseröhre, des Magens oder Darms.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Herzklopfen / Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Geräuschempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Kalte Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Niedergeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Depressive Verstimmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Infektionsanfälligkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Brüchige Nägel und Haare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Eingerissene Mundwinkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Gesichtsblässe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
38.	Haben Sie vor Eintritt Ihrer Schwangerschaft (bzw. vor der Kinderwunschbehandlung) die Pille genommen?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2																								
39.	Haben Sie die im Folgenden genannten Präparate regelmäßig täglich oder mehrmals in der Woche eingenommen, bevor Sie wussten, dass Sie schwanger sind bzw. bevor Sie mit der Kinderwunschbehandlung begonnen haben?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ein Calciumpräparat.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein Eisenpräparat.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein Jodpräparat.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein Folsäurepräparat.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ein Multivitaminpräparat.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>					Ja	Nein		1	2	Ein Calciumpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein Eisenpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein Jodpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein Folsäurepräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ein Multivitaminpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ja	Nein																								
	1	2																								
Ein Calciumpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Ein Eisenpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Ein Jodpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Ein Folsäurepräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
Ein Multivitaminpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
40.	Wussten Sie, dass die Einnahme von Folsäure vor der Konzeption (Befruchtung) das Fehlbildungsrisiko des Kindes um bis zu 70 % senken kann?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2																								

ACHTUNG: Wenn Sie derzeit nicht schwanger sind, beantworten Sie die Frage für den letzten Monat!

41a Welche der folgenden Vitamine und Mineralstoffe nehmen Sie seit der Diagnose der Schwangerschaft (bzw. seit Beginn der Kinderwunschbehandlung) in Form von Tabletten, Pulvern oder Säften wie häufig zu sich?

	Täglich 1	3 Mal pro Woche 2	2 Mal pro Woche 3	Seltener 4	Nie 5
Vitamin A.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin B1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin B2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin B6.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin B12.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin D	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnesium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multimineralpräparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41b Wenn Sie Vitamine / Mineralstoffe eingenommen haben:

Bitte Produktnamen notieren:

Um welche Präparate handelt es sich?
Nennen Sie bitte die Namen der Produkte:

Reisen

42a Planen Sie in der Zeit der Schwangerschaft (oder während der Kinderwunschbehandlung) eine Fernreise in außereuropäische Länder?

Ja¹ Nein.....² ► Weiter mit Frage 43

42b Wo soll die Fernreise hingehen?

- Afrika¹
- Asien
- Australien
- Nordamerika.....
- Südamerika

Frühere und derzeitige Schwangerschaft

Diese Frage richtet sich nur an Schwangere:

43. Ist das Ihre erste Schwangerschaft?
Wenn nein, die wievielte Schwangerschaft ist es?

Nein.....² Ja¹ ► Weiter mit Frage 50

↙ die . Schwangerschaft

44.	Haben Sie schon einmal oder mehrmals eine Schwangerschaft abbrechen lassen?	Ja, einmal <input type="checkbox"/> 1 Ja, zwei- oder mehrmals <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3
45.	Haben Sie bisher Fehlgeburten oder Totgeburten gehabt?	Ja, einmal <input type="checkbox"/> 1 Ja, zwei- oder mehrmals <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3
46.	Wie viele Kinder haben Sie bisher geboren? Bisher <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder geboren Habe bisher kein Kind geboren... <input type="checkbox"/> 0 ► Weiter mit Frage 50 In welchem Monat und Jahr wurde das (jüngste) Kind geboren? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Monat Jahr	
47.	Wie viele Wochen haben Sie dieses Kind ohne Beikost gestillt? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen Wird derzeit noch voll gestillt <input type="checkbox"/> 1	
48.	Kam es bei Ihnen schon einmal zu einer Frühgeburt?	Ja, einmal <input type="checkbox"/> 1 Ja, zwei- oder mehrmals <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3
49a	Gab es während früherer Schwangerschaft(en) oder Geburt(en) Probleme oder Komplikationen? Nein 1 <input type="checkbox"/> Ja 2 <input type="checkbox"/> ► und zwar: <input type="text"/> <input type="text"/>	
49b	Hatten Sie in den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt (den Geburten) leichte oder schwerere depressive Verstimmungen oder eine Depression? Nein 1 <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 50 Ja, leichte depressive Verstimmungen <input type="checkbox"/> 2 Ja, schwerere depressive Verstimmungen <input type="checkbox"/> 3 Ja, Depression <input type="checkbox"/> 4 ▼ Wenn ja, haben Sie deshalb einen Arzt aufgesucht? Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2	

50. **Ging der derzeitigen Schwangerschaft eine Kinderwunschbehandlung voraus bzw. stehen Sie vor einer Kinderwunschbehandlung oder wird diese gerade durchgeführt?**

1

- Nein.....¹ Ja.....² ► und zwar:
- Zyklusmonitoring / Zyklusüberprüfung
 - Ausgleich einer Prolaktinerhöhung
 - Ausgleich einer Testosteronerhöhung
 - Ausgleich einer Schilddrüsenfunktionsstörung
 - Clomifenstimulation
 - IVF-Behandlung
 - ICSI-Behandlung.....
- Sonstiges
(bitte angeben):
- Weiß (noch) nicht.....

51. **Welche der folgenden Krankheiten oder Ereignisse sind in Ihrer Herkunftsfamilie oder der Ihres Partners, also bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern, aufgetreten?**

1







☞ **Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!**

- 1. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten
 - 2. Andere Fehlbildungen
 - 3. Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - 4. Hypertonie (Bluthochdruck).....
 - 5. Mukoviszidose.....
 - 6. Schilddrüsenerkrankungen
 - 7. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen ..
 - 8. Chromosomenveränderungen (Trisomien)
 - 9. Krebserkrankungen.....
 - 10. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit.....
 - 11. Zystenniere.....
 - 12. Fehlgeburten
 - 13. Frühgeburten
 - Andere Krankheiten (bitte angeben):
-
- Keine** dieser Krankheiten in den Herkunftsfamilien
- Weiß nicht.....

<p>52.</p>	<p>Haben Sie in den letzten 12 Monaten Blut gespendet?</p> <p>Ja₁ <input type="checkbox"/> Nein.....₂ <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 54</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Wie häufig war das in den letzten 12 Monaten?</p> <p>Insgesamt..... <input type="text"/> <input type="text"/> Mal</p> <p>Vor wie vielen Monaten war die letzte Blutspende?</p> <p>Vor..... <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten</p>
<p>53.</p>	<p>Haben Sie danach ein Eisenpräparat verwendet?</p> <p>Ja₁ <input type="checkbox"/> Nein.....₂ <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 54</p> <p style="text-align: center;">▼</p> <p>Welches Präparat und in welcher Dosierung (z. B. 2 x täglich)?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <p>Wie viele Tage haben Sie das Präparat ungefähr verwendet?</p> <p>Ungefähr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>
<p>54.</p>	<p>Vor wie viel Wochen hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?</p> <p>Vor..... <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen</p>
<p>55.</p>	<p>Ist bzw. war der Abstand zwischen den Regelblutungen (Zyklusdauer) im Allgemeinen regelmäßig oder unregelmäßig?</p> <p>Regelmäßig₁ <input type="checkbox"/> zwischen <input type="text"/> <input type="text"/> Tagen und <input type="text"/> <input type="text"/> Tagen</p> <p>Unregelmäßig.....₁ <input type="checkbox"/> ► der kleinste Abstand betrug... <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p> <p style="padding-left: 150px;">der größte Abstand betrug..... <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>
<p>56.</p>	<p>Wie war beim Eintritt der letzten Regelblutung die Blutungsstärke?</p> <p>Leicht..... <input type="checkbox"/> ₁</p> <p>Mittel..... <input type="checkbox"/> ₂</p> <p>Stark <input type="checkbox"/> ₃</p>
<p>57.</p>	<p>Wie viele Tage dauerte die letzte Regelblutung? <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>

58. Tampons und Binden unterscheiden sich nach der Saugstärke, die auf der Packung mit Tröpfchen (1-6) gekennzeichnet sind.

Welche Tampons- bzw. Bindentypen verwenden Sie zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Regelblutung und wie häufig wechseln Sie diese jeweils pro Tag?

	Regelblutung zu Beginn		Regelblutung in der Mitte		Regelblutung am Ende	
	Verwende	Wechsel	Verwende	Wechsel	Verwende	Wechsel
	Typ	pro Tag	Typ	pro Tag	Typ	pro Tag
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> Mal
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> Mal
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> Mal
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> Mal
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> Mal
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> Mal	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> Mal

59. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unfälle, Verletzungen oder Operationen, die zu einem Blutverlust führten?

Nein.....1

Ja.....2 ► Um was handelte es sich:

Die Fragen 60-65 richten sich nur an Schwangere:

60. Welche der folgenden Aussagen trifft für Ihre derzeitige Schwangerschaft (eher) zu und welche trifft (eher) nicht zu?

	Trifft (eher) zu	Trifft (eher) nicht zu
	1	2
1. Ich hatte die feste Absicht, schwanger zu werden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich freue mich auf das Kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Partner hat (etwas) Probleme damit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich habe (etwas) Probleme damit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Meine Familie hat (etwas) Probleme damit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich mache mir manchmal deshalb finanzielle Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Meine Belastung wird durch das Kind noch zunehmen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich mache mir Sorgen wegen meiner beruflichen Entwicklung ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich habe manchmal Sorge, kein gesundes Kind zu gebären	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich sehe mit Optimismus in die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich kann über alle Probleme mit jemandem sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich erhalte viel emotionale Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ich fühlte mich in den letzten 4 Wochen häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ich hatte in den letzten 4 Wochen deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die ich sonst gerne tue.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Ich habe häufig Angst vor dem, was auf mich zukommt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allergierisiko des Kindes

67a	<p>Haben oder hatten Sie oder der Vater des Kindes jemals ein <u>juckendes Ekzem bei Hautkontakt mit bestimmten Materialien</u> oder nach der Einnahme von Medikamenten?</p> <p>Ja, ich selbst..... <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Ja, der Vater des Kindes..... <input type="checkbox"/>₁</p>
67b	<p>Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes an einer <u>Neurodermitis</u> (auch endogenes Ekzem oder atopische Dermatitis genannt)?</p> <p>Ja, ich selbst..... <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Ja, der Vater des Kindes..... <input type="checkbox"/>₁</p>
67c	<p>Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes regelmäßig im Frühjahr oder Sommer an einer juckenden, verstopften oder laufenden Nase und/oder an geschwellenen, juckenden Augen, ohne erkältet zu sein (<u>Heuschnupfen oder allergische Bindehautentzündung</u>)?</p> <p>Ja, ich selbst..... <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Ja, der Vater des Kindes..... <input type="checkbox"/>₁</p>
67d	<p>Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes an <u>allergischem Asthma</u> (Brochialasthma)?</p> <p>Ja, ich selbst..... <input type="checkbox"/>₁</p> <p>Ja, der Vater des Kindes..... <input type="checkbox"/>₁</p>

Allgemeine statistische Angaben

68.	<p>Und nun bitte noch einige statistische Angaben: In welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Bitte geben Sie zunächst die Kassenart an und nennen Sie die genaue Bezeichnung Ihrer Krankenkasse. <i>☞ Also z. B. nicht nur "AOK" ankreuzen, sondern zusätzlich z. B. angeben: "AOK-Bayern". Oder nicht nur "Betriebskrankenkasse" ankreuzen, sondern zusätzlich z. B. angeben: "BKK Mobil Oil"</i></p> <p>AOK.....1 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Betriebskrankenkasse (BKK).....2 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Innungskrankenkasse (IKK).....3 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Ersatzkasse.....5 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Private Krankenversicherung.....6 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p> <p>Sonstige Krankenkasse.....7 <input type="checkbox"/> <input type="text"/></p>
69.	<p>Ihr Geburtsmonat und -jahr:</p> <p>Monat: <input type="text"/><input type="text"/> Jahr: <input type="text"/><input type="text"/></p>

70.	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch..... <input type="checkbox"/> 1 Andere..... <input type="checkbox"/> 2																		
71a	Wie viel Kilogramm wiegen Sie <u>derzeit</u> ohne Bekleidung?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg																		
71b	Wie viel Kilogramm haben Sie <u>vor der Schwangerschaft</u> gewogen?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg Weiß nicht mehr <input type="checkbox"/> 1																		
72.	Wie groß sind Sie in Zentimetern?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm																		
73.	Ihr Familienstand:	Verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend ... <input type="checkbox"/> 1 Verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend <input type="checkbox"/> 2 Ledig, mit Partner zusammenlebend..... <input type="checkbox"/> 3 Ledig, allein lebend <input type="checkbox"/> 4 Geschieden <input type="checkbox"/> 5 Verwitwet <input type="checkbox"/> 6																		
74.	Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?	<input type="text"/> <input type="text"/> Personen																		
75.	Auf welche Fragen zur Schwangerschaft und Geburt haben Sie bisher (auch im Handbuch des BabyCare-Programms) keine ausreichende Antwort bekommen? Bitte geben Sie uns diese hier an:	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>																		
76.	Bitte geben Sie abschließend unserem BabyCare-Programm noch eine Schulnote:	<table style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td>Sehr gut</td><td>Gut</td><td>Befriedigend</td><td>Ausreichend</td><td>Mangelhaft</td><td>Un- genügend</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><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></tr></table>	Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehr gut	Gut	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	Un- genügend															
1	2	3	4	5	6															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
77.	Wo bzw. wie sind Sie auf das Programm BabyCare aufmerksam geworden?	<table style="width: 100%;"><tr><td>Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1</td><td>Im Internet <input type="checkbox"/> 1</td></tr><tr><td>Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis.. <input type="checkbox"/> 1</td><td>In der Apotheke <input type="checkbox"/> 1</td></tr><tr><td>Durch persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/> 1</td><td>Im Buchladen <input type="checkbox"/> 1</td></tr><tr><td>Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/> 1</td><td>Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/> 1</td></tr><tr><td>Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/> 1</td><td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):..... <input type="checkbox"/> 1</td></tr><tr><td>Durch Freunde / Bekannte / Kollegen <input type="checkbox"/> 1</td><td></td></tr><tr><td>Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/> 1</td><td></td></tr></table> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1	Im Internet <input type="checkbox"/> 1	Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis.. <input type="checkbox"/> 1	In der Apotheke <input type="checkbox"/> 1	Durch persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/> 1	Im Buchladen <input type="checkbox"/> 1	Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/> 1	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/> 1	Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/> 1	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):..... <input type="checkbox"/> 1	Durch Freunde / Bekannte / Kollegen <input type="checkbox"/> 1		Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/> 1					
Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1	Im Internet <input type="checkbox"/> 1																			
Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis.. <input type="checkbox"/> 1	In der Apotheke <input type="checkbox"/> 1																			
Durch persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/> 1	Im Buchladen <input type="checkbox"/> 1																			
Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/> 1	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/> 1																			
Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/> 1	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):..... <input type="checkbox"/> 1																			
Durch Freunde / Bekannte / Kollegen <input type="checkbox"/> 1																				
Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/> 1																				
78.	Datum des Ausfülltages:	Tag: <input type="text"/> <input type="text"/> Monat: <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/>																		

Ernährungsanalyse

79. Bitte füllen Sie das nachfolgende Schema sorgfältig für 7 Tage aus, wenn Sie an der zusätzlichen Ernährungsanalyse interessiert sind. Wenn Ihnen das zu viel Mühe macht, überspringen Sie diese Frage und **füllen bitte noch die vorletzte Seite des Fragebogens aus, damit wir Ihnen Ihre Auswertung zuschicken können.**

So ernähre ich mich

Bei unvollständigen Angaben kann die Ernährungsanalyse nicht durchgeführt werden. Notieren Sie also bitte alles, was Sie verzehren, z. B. auch Nüsse, Bonbons o. Ä. zwischendurch oder beim Fernsehen.
In der zweiten Spalte ist für die einzelnen Nahrungsmittel zunächst die normale, übliche Portionsmenge angegeben. Wenn Sie genau diese Menge zu sich nehmen, machen Sie einen Strich, bei der doppelten Menge also zwei Striche usw. Am Ende der 7 Tage zählen Sie die Striche pro Lebensmittel zusammen und tragen diese Zahl in die Spaltenspalte ein (z. B. 14)

So ernähre ich mich:

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
BROT									
Graubrot	Scheibe = 45 g								
Weißbrot, Toast	Scheibe = 30 g								
½ Brötchen	Stück = 25 g								
½ Vollkornbrötchen	Stück = 30 g								
Vollkornbrot	Scheibe = 50 g								
Laugengebäck	Stück = 50 g								
Croissant aus Blätterteig	Stück = 70 g								
Knäcke, Zwieback	Scheibe = 10 g								
BROTBELAG / EIER									
Butter	Portion = 20 g								
Margarine	Portion = 20 g								
Margarine, halbfett	Portion = 20 g								
Wurst (Salami, Mettwurst, Leberwurst)	Portion = 30 g								
Fettarme Wurst (Corned Beef, Geflügelwurst)	Portion = 25 g								
Sojaaufschnitt	Portion = 30 g								
Vegetarische Pasten	Portion = 20 g								
Frischkäse	Portion = 30 g								
Käse unter 20 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse 20 bis 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse über 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Marmelade, Gelee	Portion = 25 g								
Honig	Portion = 20 g								
Nussnougatcreme	Portion = 20 g								
Magerquark	Esslöffel = 30 g								
Speisequark	Esslöffel = 30 g								
Eier	Stück = 60 g								
CEREALIEN (MÜSLI ETC.)									
Haferflocken, trocken	Tasse = 60 g								

Fortsetzung nächste Seite

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Müsli, trocken	Tasse = 50 g								
Cornflakes, trocken	Tasse = 30 g								
Frühstückscerealien	Tasse = 30 g								
Sonnenblumen-, Kürbiskerne	Esslöffel = 20 g								
KAFFEE / MILCH / JOGHURT									
Kaffee	Tasse = 150 g								
Schwarzer oder Grüner Tee	Tasse = 125 g								
Früchtetee, Kräutertee, Aromatee	Becher = 200 g								
Dosenmilch	Teelöffel = 5 g								
Zucker	Teelöffel = 5 g								
Kakao	Tasse = 150 g								
Trinkmilch 3,5 % Fett	Glas = 150 g								
Trinkmilch 1,5 % Fett	Glas = 150 g								
Buttermilch	Tasse = 150 g								
Sojamilch	Tasse = 150 g								
Tofu	Portion = 100 g								
Joghurt 3,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt 1,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt mit Früchten 3,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt mit Früchten 1,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
FLEISCH									
Kotelett, Schnitzel	Portion = 180 g								
Steak, Schnitzel natur	Portion = 160 g								
Putenschnitzel	Portion = 350 g								
Braten	Portion = 125 g								
Gulasch, Ragout	Portion = 150 g								
Bratwurst	Stück = 100 g								
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen	Stück = 100 g								
Fleisch-, Kochwurst	Portion = 125 g								
Frikadelle, Klops	Stück = 200 g								
Hähnchenfleisch	Portion = 125 g								
Leber, Herz, Niere	Portion = 125 g								
Mett, Gehacktes	Portion = 100 g								
Speck, Bauchfleisch	Scheibe = 30 g								
KARTOFFELN / BEILAGEN									
Kartoffeln	Portion = 200 g								
Kartoffelpüree	Portion = 250 g								
Klöße, Knödel	Portion = 200 g								
Bratkartoffeln	Portion = 250 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Pommes frites	Portion = 200 g								
Kartoffelpuffer	Portion = 200 g								
Reis, gekocht	Portion = 180 g								
Naturreis, gekocht	Portion = 180 g								
Weizen-, Roggen-, Gerste-Vollkorn	Portion = 150 g								
Nudeln, gekocht	Portion = 125 g								
Vollkornnudeln, gekocht	Portion = 125 g								
Soße	Portion = 60 g								
Tomatenketchup	Esslöffel = 20 g								
Hackfleischsoße	Portion = 75 g								
GERICHTE									
Pizza	Stück = 300 g								
Vegetarische Pizza	Stück = 250 g								
Pfannkuchen, Eierkuchen, Crêpe	Portion = 250 g								
Spaghetti in Tomatensoße	Portion = 250 g								
Fladenbrot mit Kalb-/Rindfleisch (Döner)	Stück = 350 g								
Gemüse-Lasagne	Portion = 250 g								
Ratatouille	Portion = 350 g								
Frühlingsrolle	Portion = 150 g								
GEMÜSE / SALAT									
Rotkohl, Weißkohl, Sauerkraut, Wirsing	Portion = 200 g								
Spinat, Mangold	Portion = 150 g								
Rote Rübe (Rote Beete) gegart	Portion = 150 g								
Blumenkohl, Broccoli	Portion = 200 g								
Kohlrabi, Rosenkohl	Portion = 200 g								
Kürbis frisch gegart	Portion = 150 g								
Fenchel, Spargel, Porree	Portion = 200 g								
Möhren, Schwarzwurzeln	Portion = 200 g								
Bohnen, Erbsen grün	Portion = 200 g								
Aubergine	Portion = 150 g								
Avocado	Stück = 125 g								
Pilze gegart	Portion = 120 g								
Gurke, Paprika, Tomate	Portion = 150 g								
Gewürzgurken Sauerkonserve, abgetropft	Portion = 100 g								
Mais aus Konserve	Portion = 150 g								
Zwiebeln	Portion = 30 g								
Oliven	Portion = 20 g								
Endivien-, Eisberg-, Feld-, Kopfsalat	Portion = 100 g								
Sojasprossen	Portion = 12 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Rohkostsalat ohne Dressing	Portion = 250 g								
Blattsalat mit Dressing	Portion = 100 g								
Küchenkräuter frisch	Teelöffel = 1 g								
Nudelsalat mit Mayonnaise	Portion = 350 g								
Kartoffelsalat	Portion = 250 g								
Fleischsalat	Portion = 100 g								
SUPPEN / EINTÖPFE									
Klare Suppe	Teller = 300 g								
Gebundene Suppe	Teller = 350 g								
Suppen-Eintopf	Teller = 450 g								
Gemüse-Eintopf	Teller = 450 g								
Linsen-, Erbseneintopf	Teller = 400 g								
FISCH									
Fisch, gekocht	Portion = 150 g								
Fisch, gebraten	Portion = 200 g								
Fischstäbchen	Portion = 150 g								
Fischkonserve	Dose = 180 g								
Fisch, geräuchert	Portion = 70 g								
Rollmops, Matjes	Stück = 90 g								
Krustentiere	Portion = 100 g								
GETRÄNKE									
Fruchtsaft	Glas = 200 g								
Multivitaminsaft	Glas = 200 g								
Apfelsaftschorle	Glas = 200 g								
Limonade, Cola	Glas = 200 g								
Diätlimonaden	Glas = 200 g								
Mineralwasser	Glas = 200 g								
Trinkwasser	Glas = 200 g								
Gemüsesaft	Glas = 200 g								
Bier alkoholfrei	Glas = 330 g								
Radler/Alster, Light Bier, Alkoholarm	Glas = 300 g								
Bier	Glas = 330 g								
Wein, Sekt	Kleines Glas = 125 g								
Spirituosen (Weinbrände, Schnäpse)	Schnapsglas = 20 g								
Liköre	Schnapsglas = 20 g								
OBST									
Apfel	Stück = 125 g								
Apfelsine	Stück = 125 g								
Ananas	Portion = 125 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Birne	Stück = 120 g								
Banane	Stück = 125 g								
Melone	Portion = 125 g								
Weintrauben	Portion = 125 g								
Aprikosen, Pfirsiche, Kirschen, Pflaumen	Portion = 100 g								
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren	Portion = 100 g								
Mandarine, Clementine	Portion = 125 g								
Kiwi	Stück = 45 g								
KUCHEN / DESSERT									
Obstkuchen	Stück = 150 g								
Dresdner Stollen aus Hefeteig	Stück = 100 g								
Nürnberger Lebkuchen	1/2 Stück = 40 g								
Trockenkuchen	Stück = 70 g								
Stückchen, Teilchen	Stück = 50 g								
Sahne-, Cremetorte	Stück = 120 g								
Schlagsahne	Esslöffel = 25 g								
Eis	Portion = 75 g								
Milchreis	Portion = 250 g								
Pudding	Portion = 250 g								
Kompott, Apfelmus	Portion = 250 g								
SÜSSWAREN / SNACKS									
Bonbon	Stück = 5 g								
Gummibärchen/Weingummi	Esslöffel = 15 g								
Kekse	Stück = 5 g								
Schokolade	Portion = 20 g								
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)	Stück = 60 g								
Müsliriegel	Stück = 25 g								
Pralinen	Stück = 12 g								
Nüsse	Esslöffel = 25 g								
Salzige Knabberereien	Tasse = 25 g								
ÖLE / SALZ									
Sonnenblumenöl, Distelöl	Esslöffel = 10 g								
Sojaöl, Erdnussöl	Esslöffel = 10 g								
Olivenöl, Rapsöl	Esslöffel = 10 g								
Jodiertes Salz	Prise = 0,5 g								
Sonstiges (bitte angeben):									

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben beim BabyCare-Fragebogen

Die Befragung wird nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland durchgeführt. Die Daten werden nur in anonymisierter Form ausgewertet.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und/oder die Ergebnisse an eine dritte Person oder ein Postfach schicken lassen.

Die Zustimmung zur Auskunft durch Ihre Frauenärztin/ Ihren Frauenarzt und zur Folgebefragung können Sie jederzeit für die Zukunft unter team@fb-e.de oder telefonisch unter 030/450 5780 32 widerrufen.

Bei FB+E sind Name und Anschrift stets vom Fragebogen getrennt. Beide Teile erhalten eine Codenummer. Name und Anschrift werden von FB+E in der Versandabteilung und dem beauftragten Versandunternehmen gesichert, um Ihnen die persönlichen Empfehlungen auch zusenden zu können. Dabei wird der Antwortbrief verschlossen und nur über die Codenummer an Sie adressiert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden ausschließlich in anonymisierter Form und

in Gruppen zusammengefasst dargestellt. Niemand kann also aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen.

Der ausgefüllte Fragebogen wird ohne die Umschlagseiten, die sofort abgetrennt werden, d. h. also ohne Name und Anschrift zur wissenschaftlichen Auswertung an die Datenverarbeitungsabteilung gegeben. Deren Mitarbeiter sehen also nicht, von wem die Angaben stammen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen (Rückfragen der Schwangeren) werden die Adressdaten durch eine besonders autorisierte Mitarbeiterin mit den Fragebogendaten zusammengeführt, um die Rückfrage zu beantworten.

Damit ist eine größtmögliche Trennung der Fragebogendaten und der Adressdaten umgesetzt.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz werden regelmäßig vom betrieblichen Datenschutzbeauftragten geprüft.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung und für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sind verantwortlich



Dr. R. Kirschner
(Geschäftsführerin FB+E)



M. Mielke
(Datenschutzbeauftragter)

Dieses Blatt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt!

Anschrift zur Einsendung des Fragebogens:

Forschung, Beratung + Evaluation, Projektgruppe BabyCare, Postfach 652111, 13316 Berlin

Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an folgende Adresse: *

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

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

Alternativ: Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an meine E-Mail Adresse: *

Name:

E-Mail Adresse:

Bitte geben Sie uns nochmals Ihr genaues Geburtsdatum an. Dieses benötigen wir, um ganz sicher sein zu können, dass wir die Empfehlung an die richtige Adresse schicken.

Geburtsdatum:

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

Tag

Monat

Jahr

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein(e) betreuende(er) Ärztin/Arzt:

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

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

dem Forschungsinstitut über mein Geburtsergebnis Auskunft geben darf. Dieses wird benötigt, um den Erfolg des Programms BabyCare bewerten zu können.

(Ich kann diese Zustimmung jederzeit für die Zukunft unter team@fb-e.de oder telefonisch unter 030/450 5780 32 widerrufen.)

_____ Datum

_____ Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass für eine mögliche Folgebefragung

(z. B. zum Stillen oder zur Entwicklung des Kindes) meine Adresse gespeichert wird.

(Ich kann diese Zustimmung jederzeit für die Zukunft unter team@fb-e.de oder telefonisch unter 030 / 450 5780 32 widerrufen.)

Ja..... 1

Nein..... 2

▶ Dann wird Ihre Adresse ca. 3 Monate nach dem voraussichtlichen Geburtstermin gelöscht!

_____ Datum

_____ Unterschrift

* Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und/oder die Ergebnisse an eine dritte Person/ein Postfach schicken lassen.

BabyCare