


| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. |
|-----|---|--|-----------------------|--------|------------------|
| | <div data-bbox="236 277 427 338" style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 120px; height: 27px; margin-bottom: 10px;"></div> Personen-Nummer _____ Datum _____ Untersucher <div data-bbox="1062 232 1273 443" style="text-align: center;">  </div> <div data-bbox="596 600 858 622" style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <u>FRAGEBOGEN A</u> </div> | | | | |
| | (INP:: Ergebnisse des Frage- bogens B - Beschwerde- liste und Meßprotokoll "Antropometrische Unter- suchungen" beachten.) | | | | |
| 1. | Wie fühlen Sie sich gesundheitlich im Augenblick ? | vollkommen gesund _____ eher krank/kränklich _____ <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> | 1 2 9 0 + | | |
| 2. | Aus welchen Gründen fühlen Sie sich eher krank/kränklich? | _____ _____ _____ <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> | 9 0 + | | |
| 3. | Seit wann ist das der Fall? | seit (etwa) Wochen seit (etwa) Monaten seit (etwa) Jahren <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> | 9 0 + | | |

| Nr. | Frage | Antwort | | | Code | Spalte | weiter m. Fr. | |
|-----|---|--|----------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------|--|
| 4. | a) Mit welchen Krankheiten haben Sie seit Anfang 1980 zu tun gehabt? b) Wie lange haben Sie damit zu tun gehabt? c) Haben Sie deswegen einen Arzt aufgesucht? | Art der Krankheit | Dauer | Arztbesuch ja nein | | | | |
| | | | | | W N 9 K A 0 T N Z + | | | |
| 5. | Wie lange konnten Sie wegen dieser Krankheiten nicht arbeiten? | Tage Wochen Monate bin sowieso arbeitslos/arbeite nicht _____ = T N Z | | | W N 9 K A 0 T N Z + | | | |
| 6. | Mußten oder müssen Sie wegen einer der folgenden Erkrankungen Ihre Ernährungsweise umstellen oder eine Diät einhalten? | | ja, akut | ja, früher | nein | | | |
| | | Gicht | | | | | | |
| | | Hypertonie | | | | | | |
| | | Diabetes | | | | | | |
| | | Magenerkrankungen | | | | | | |
| | | Bauchspeicheldrüsen- erkrankungen | | | | | | |
| | | Lebererkrankungen | | | | | | |
| | | Nierenerkrankungen | | | | | | |
| | | Herz-Kreislauf-Er- krankungen | | | | | | |
| | | Fettstoffwechsel- störungen | | | | | | |
| | | Gallenkrankheiten | | | | | | |
| | | Nahrungsmittel- allergien | | | | | | |
| | | Untergewicht | | | | | | |
| | | Übergewicht | | | | | | |
| | | sonstige, welche? | | | | | | |
| | | | | | | W N 9 K A 0 T N Z + | | |

| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|---|--|---------------------------|---------------------|------------------|-------------|-------|--|--|--|--------|--|--|--|--------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|------------|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|
| 7. | a) Wegen welcher Erkrankungen mußten Sie im Krankenhaus behandelt werden? b) In welchem Jahr war das? c) Wie lange hat der Krankenhausaufenthalt gedauert? (INT.: Besonders nachfragen nach evtl. Erkrankungen an: - Kropf - Diabetes - Gicht - Hypertonie - Rachitis.) | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Art der Krankheit</th> <th>im Jahre</th> <th>Dauer</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | Art der Krankheit | im Jahre | Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art der Krankheit | im Jahre | Dauer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | W N 9 K A O T N Z + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | An welchen Krankheiten leiden oder litten Ihre Eltern bzw. Geschister? (INT.: - Geschwister in der Geburtenrangfolge notieren; - Teilnehmer durch "Befragte(r)" kennzeichnen - zutreffendes Geschlecht durch "Kringeln" kennzeichnen.) | <u>Krankheitenliste A 8:</u> 1 = Adipositas 2 = Gicht 3 = Hypertonie 4 = Herzinfarkt 5 = Schlaganfall 6 = Kropf 7 = Rachitis 8 = Diabetes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nr. der Krankheiten</th> <th>Lebensalter</th> <th>Sterbealter</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Vater</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Mutter</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Geschwister:</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 1: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 2: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 3: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 4: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 5: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 6: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 7: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 8: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 9: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>Nr. 10: m w</td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> | | Nr. der Krankheiten | Lebensalter | Sterbealter | Vater | | | | Mutter | | | | Geschwister: | | | | Nr. 1: m w | | | | Nr. 2: m w | | | | Nr. 3: m w | | | | Nr. 4: m w | | | | Nr. 5: m w | | | | Nr. 6: m w | | | | Nr. 7: m w | | | | Nr. 8: m w | | | | Nr. 9: m w | | | | Nr. 10: m w | | | | | |
| | Nr. der Krankheiten | Lebensalter | Sterbealter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vater | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mutter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Geschwister: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 1: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 2: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 3: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 4: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 5: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 6: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 7: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 8: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 9: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr. 10: m w | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | W N 9 K A O T N Z + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. |
|-----|--|---|---------------------------------------|--------|------------------|
| 9. | Standardfragen zur ärztlichen Diagnose: (IMP.: Hier besonders auf An- gaben im Beschwerde- Fragebogen B achten.) | | | | |
| | a) Gibt es in den letzten Wochen Auffälligkeiten in Ihrer Ge- wichtsentwicklung? | <input type="radio"/> nein, gleichbleibend _____ <input type="radio"/> ja, abnehmend kg, seit <input type="radio"/> ja, zunehmend: kg, seit | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | b) Wie ist Ihr Appetit in letzter Zeit? | <input type="radio"/> normal _____ <input type="radio"/> vermindert _____ <input type="radio"/> vermehrt _____ | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | c) Leiden Sie unter Nachtschweiß? | <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> ja, seit | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | d) Leiden Sie unter geschwollenen Füßen? | <input type="radio"/> ja, _____ <input type="radio"/> nein _____ | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | e) <u>NUR FÜR FRAUEN:</u> 1) Leiden Sie unter Menstruations- beschwerden? | <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> ja, welcher Art? | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | 2) In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung (Men- arche)? | mit Jahren | W N 9 K A 0 T N Z + | | |
| | 3) Sind Sie in den Wechseljahren/ Menopause? | <input type="radio"/> nein, noch nicht _____ <input type="radio"/> ja, seit dem Lebensjahr | W N 9 K A 0 T N Z + | | |

| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------------------|------------------|----------------------|-----------------|---------|---------------------|-----------|--------------|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|
| | Fortsetzung zu Frage 9 e) 4) Hatten Sie Geburten, Schwangerschaften? | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein _____ WN KA TNZ + | 1 2 9 0 + | | → 5) → 6) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5) Gab es dabei Komplikationen? | <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> ja, welche? WN KA TNZ + | 1 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6) Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> nein _____ <input type="radio"/> ja _____ WN KA TNZ + | 1 2 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. | Haben Sie seit Anfang 1980 Medikamente eingenommen? | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein _____ WN KA TNZ + | 1 2 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. | Welche Präparate waren das? (INF.: - Zunächst "offen" fragen; - dann bei den nebenstehenden Arzneimitteln gezielt nachfragen.) | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Präparatename</th> <th>Einnahmezeit</th> <th>selb. verordnet</th> <th>v. Arzt</th> <th>Einnahme regelmäßig</th> <th>unregelm.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herz- und Kreislaufmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mittel gegen Magen- und Darmbeschwerden</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hormonpräparate</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Abführmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Appetitzügler</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vitamin- und Stärkungsmittel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Antibabypille</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sonstige, was?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> WN KA TNZ + | | Präparatename | Einnahmezeit | selb. verordnet | v. Arzt | Einnahme regelmäßig | unregelm. | Schlafmittel | | | | | | | Beruhigungsmittel | | | | | | | Schmerzmittel | | | | | | | Herz- und Kreislaufmittel | | | | | | | Mittel gegen Magen- und Darmbeschwerden | | | | | | | Hormonpräparate | | | | | | | Abführmittel | | | | | | | Appetitzügler | | | | | | | Vitamin- und Stärkungsmittel | | | | | | | Antibabypille | | | | | | | Sonstige, was? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 9 0 + | | |
| | Präparatename | Einnahmezeit | selb. verordnet | v. Arzt | Einnahme regelmäßig | unregelm. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schlafmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Beruhigungsmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Schmerzmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Herz- und Kreislaufmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mittel gegen Magen- und Darmbeschwerden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hormonpräparate | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Abführmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Appetitzügler | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vitamin- und Stärkungsmittel | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Antibabypille | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sonstige, was? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---|--|---------------------------------|--|------------------|------------------------|---------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|----------------------|--|--|--|---------------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-------------|--|--|--|-------------|--|--|
| 12. | Rauchen Sie? | <input type="radio"/> ja, Zigaretten _____ <input type="radio"/> ja, Zigaretten und Zigarrillos _____ <input type="radio"/> ja, Pfeife _____ <input type="radio"/> nein, bin Nichtraucher _____ WN KA TNZ | 1 2 3 4 9 0 + | } → 13. } → 16. } → 14. } → 16. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. | Wieviel Zigaretten rauchen Sie pro Tag? | unter 10 _____ 10 - 20 _____ 21 - 30 _____ mehr als 30 _____ WN KA TNZ | 1 2 3 4 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. | Haben Sie früher geraucht? | <input type="radio"/> ja _____ <input type="radio"/> nein _____ WN KA TNZ | 1 2 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. | Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? | <input type="radio"/> kürzlich/im letzten Jahr _____ <input type="radio"/> vor weniger als 10 Jahren _____ <input type="radio"/> vor mehr als 10 Jahren _____ WN KA TNZ | 1 2 3 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. | a) Wie häufig trinken Sie Bier? b) Wie häufig trinken Sie Wein oder Sekt? c) Und wie häufig Schnäpse, Cognac oder Whisky? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Bier</th> <th>Wein/Sekt</th> <th>Schnäpse/Cognac/Whisky</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>täglich</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>mehrmals in der Woche</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einmal in der Woche</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ein paarmal im Monat</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ein paarmal im Jahr</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>einmal im Jahr</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>noch seltener</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>nie/niemals</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> WN KA TNZ | | Bier | Wein/Sekt | Schnäpse/Cognac/Whisky | täglich | | | | mehrmals in der Woche | | | | einmal in der Woche | | | | ein paarmal im Monat | | | | ein paarmal im Jahr | | | | einmal im Jahr | | | | noch seltener | | | | nie/niemals | | | | 9 0 + | | |
| | Bier | Wein/Sekt | Schnäpse/Cognac/Whisky | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| täglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| mehrmals in der Woche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| einmal in der Woche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ein paarmal im Monat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ein paarmal im Jahr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| einmal im Jahr | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| noch seltener | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie/niemals | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. | Messung des Blutdrucks (im Sitzen) | Messwert - systolisch: Messwert - diastolisch: WN KA TNZ | 9 0 + | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nr. | Frage | Antwort | Code | Spalte | weiter m. Fr. |
|-----|---|---|------|--------|------------------|
| 18. | <u>PULSARIEN-TEST:</u> (INT.: Während der 3 Minuten- Pause evtl. über das Ergebnis der Untersuchung sprechen.) | a) 1. Messung der Pulsrate (1 Minute): b) Nun 10 Kniebeugen in einem bestimmten Rhythmus machen lassen und <u>sofort</u> danach wieder messen. 2. Messung Pulsrate (1 Minute): c) Nach 3 Minuten Pause nochmals messen. 3. Messung Pulsrate (1 Minute): <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> | | | |
| 19. | <u>CHECKLISTE:</u> a) Blutentnahme b) Nüchtern-Blut c) Wann haben Sie zuletzt geges- sen? d) Harnprobe O 24 - Stunden - Probe _____ O Protokoll - Blatt dazu _____ O Zufallsprobe _____ | O ja _____ O nein _____ <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> O ja _____ O nein _____ <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> Uhr <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> O ja _____ O nein _____ <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> <div style="text-align: right;"> W N 9 K A 0 T N Z + </div> | | | |

MESSPROTOKOLL

=====



"Anthropometrische Untersuchungen"

Personen Nr.

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Datum: _____

Untersucher: _____

| | | |
|---------------------------|-----------------------|----|
| Körperhöhe | _ _ _ | cm |
| Körpergewicht | _ _ _ , _ | cm |
| Oberarm-Triceps-Hautfalte | _ _ , _ | mm |
| | _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ | |
| Rücken-Hautfalte | _ _ , _ | mm |
| | _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ | |
| Bauch-Hautfalte | _ _ , _ | mm |
| <i>BRUST-Hautfalte</i> | _ _ , _ | mm |
| | _ _ _ / _ _ _ / _ _ _ | |
| Brustbreite: eingeatmet | _ _ , _ | cm |
| ausgeatmet | _ _ , _ | cm |
| Brusttiefe: eingeatmet | _ _ , _ | cm |
| ausgeatmet | _ _ , _ | cm |
| Schulterbreite | _ _ , _ | cm |
| Hüftbreite | _ _ , _ | cm |