

* * *

--	--	--



----- Datum

F R A G E B O G E N B

Anleitung

Auf den folgenden Seiten ist eine größere Anzahl von Beschwerden aufgeführt. Überlegen Sie bitte, ob Sie sich von den genannten Beschwerden belästigt oder beeinträchtigt fühlen. Machen Sie bitte Ihre Antwort durch ein Kreuz (X) in der entsprechenden Spalte bzw. 0 deutlich.

Nr.	Frage	Antwort					Code	Spalte	weiter m. Fr.
			nicht	kaum	einiger- maßen	erheblich	stark		
1.	Ich fühle mich durch folgende Beschwerden belästigt oder beeinträchtigt:	Schwächegefühl							
		Herklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern							
		Druck- oder Völlegefühl im Leib							
		starkes Schwitzen							
		übermäßiges Schlafbedürfnis							
		Gelenk- oder Gliederschmerzen							
		Gewichtszunahme							
		Schwindelgefühl							
		Kreuz- oder Rückenschmerzen							
		Nacken- oder Schulter-schmerzen							
		Heißhunger							
		Erbrechen							
		Übelkeit							
		Kloßgefühl, Engigkeit oder Würgen im Hals							
		Gewichtsabnahme							
		Aufstoßen							
		Sodbrennen oder saures Aufstoßen							
		Kopfschmerzen							
		Verstopfung							
		rasche Erschöpfbarkeit							
		Müdigkeit							
		Gefühl der Benommenheit							
		Schweregefühl oder Müdigkeit in den Beinen							
		Mattigkeit							
		Durchfälle							
		Magenschmerzen							
		Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust							
		Anfallsweise Atemnot							
	Druckgefühl im Kopf								
	Anfallsweise Herzbeschwerden								

Nr.	Frage	Antwort	Code	Spalte	weiter m. Fr.
2.	Waren Sie seit der EMSIG-Untersuchung zur Krebsvorsorge?	O ja _____	1		
		O nein _____	2		
		WN KA TNZ	∅ + +		
3.	Haben Sie seit der EMSIG-Untersuchung a) einen Diabetes-Test mitgemacht bzw. machen lassen?	O ja _____	1		
		O nein _____	2		
		WN KA TNZ	∅ + +		
	b) Ihren Blutdruck gemessen bzw. messen lassen?	O ja _____	1		
		O nein _____	2		
		WN KA TNZ	∅ + +		
	c) Ihre Blut-Fettwerte bestimmen lassen?	O ja _____	1		
		O nein _____	2		
		WN KA TNZ	∅ + +		
4.	Waren Sie seit der EMSIG-Untersuchung beim Zahnarzt?	O ja _____	1		
		O nein _____	2		
		WN KA TNZ	∅ + +		
5.	Haben Sie seit der EMSIG-Untersuchung a) versucht abzunehmen?	O nein _____	1		
		O ja, und zwar nach welcher Methode:			
	b) bewußt Ihre Ernährungsweise verändert?	O nein _____	1		
		O ja, und zwar folgendermaßen:			
		WN KA TNZ	∅ + +		