

Table of Contents

PERSON	2
OCCUPATION.....	4
EXPOSURE	8
BIRTH	10
WOMEN	12
NUTRITION	14
ALCOHOL.....	19
SMOKING	22
CHRONIC DISEASES.....	24
CANCER	25
DIABETES.....	26
KIDNEY DISEASES.....	27
BLOOD VALUES.....	30
THYROID DISEASES	32
MYOCARDIAL INFARCTION	35
HEART FAILURE	38
CARDIAC ARRHYTHMIAS	41
CIRCULATION	44
STROKE.....	46
NEUROLOGY.....	48
MIGRAINE	52
PAIN	54
OTHER DISEASES.....	56
ALGOMETER	61
FAMILY	62

Version in use since 2012-11-05

Version used until 2013-11-20

Person

	<p>Guten Tag und danke, dass Sie entschieden haben teilzunehmen. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Person. Im Laufe des Interviews kommen Fragen mit mehreren Antwortmöglichkeiten vor, die wir Ihnen in Papierform zur Verfügung stellen werden.</p>			
	<p>Fürs Erste, sind Sie mit der Aufnahme des Interviews einverstanden? Diese wird zur Qualitätssicherung benötigt.</p> <p>INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>			
x0_opint	INT: Namenskürzel eingeben (z.B. Stefan Mair -> MaS)	x0_opint		
x0_sex	(Geschlecht) INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2 Weiblich	
x0_birthd	Wann sind Sie geboren? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ	
x0pe02	Wie viele Brüder und Schwestern haben oder hatten Sie (inklusive möglicher verstorbener Geschwister), sie selbst ausgenommen? INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.	x0pe02a x0pe02b	Anzahl der Brüder __ __ Anzahl der Schwestern __ __	if x0pe02= 0 x0pe05
	Wie viele Brüder leben noch? Wie viele Schwestern leben noch?	x0pe02c x0pe02d	__ __ __ __	
x0pe04	Sind sie ein Zwilling oder bei einer Zwilling- oder Mehrlingsgeburt zur Welt gekommen?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0pe05	Wo lebte Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? INT: Wo sind Sie aufgewachsen?	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	Ort _____ Provinz _____ Staat _____	

xope06	Betrachten Sie Liste 1: Welchen Familienstand haben Sie?	xope06	<input type="checkbox"/> 1 Verheiratet/Zusammenlebend/Partnerschaft <input type="checkbox"/> 2 Getrennt/Geschieden <input type="checkbox"/> 4 Verwitwet <input type="checkbox"/> 5 Single/noch nie verheiratet <input type="checkbox"/> 6 Ich möchte nicht antworten	
xope11	Wie viele leibliche Söhne und Töchter haben Sie? INT: Gemeint sind nur lebende Kinder.	xope11a xope11b	Anzahl der Söhne __ Anzahl der Töchter __	
xope08	Gemäß Liste 2: Welches ist der höchste von Ihnen erworbene Schulabschluss?	xope08	<input type="checkbox"/> 1 Ohne Abschluss <input type="checkbox"/> 2 Grundschule (Volksschule) <input type="checkbox"/> 3 Mittelschule ('Mittelschulabschluss') <input type="checkbox"/> 4 Berufsschule/Fachschule <input type="checkbox"/> 5 Oberschule (Abschluss: 'Matura') <input type="checkbox"/> 6 Universität/Fachhochschule oder höher	
xope09	Wie viele Jahre sind Sie insgesamt zur Schule gegangen (beginnend mit der ersten Klasse Grundschule)? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	xope09	__	

Occupation

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihren Beruf.</i>			
x0oc00	Gemäß Liste 3: Sind Sie zur Zeit berufstätig?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Ja, ganztägig <input type="checkbox"/> 2 Ja, regelmäßig teilzeitbeschäftigt <input type="checkbox"/> 3 Ja, geringfügig beschäftigt oder unregelmäßig beschäftigt <input type="checkbox"/> 4 Nein	x0oc01
	Wie lautet die Adresse Ihres aktuellen Arbeitsplatzes?		Straße/Platz und Hausnummer _____ PLZ _____ Gemeinde und eventuelle Fraktion _____ Provinz _____ Staat _____	x0oc13
x0oc01	Haben Sie früher einen Beruf ausgeübt?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13
x0oc01a	Bis zu welchem Jahr sind Sie regelmäßig berufstätig gewesen?	x0oc01a	Jahr _____ _____ ____	if age > 75 x0oc13
x0oc10	Gemäß Liste 4: Sind Sie zur Zeit ...?	x0oc10	<input type="checkbox"/> 1 Arbeitslos <input type="checkbox"/> 2 Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> 3 Student <input type="checkbox"/> 5 In beruflicher Ausbildung oder Umschulung <input type="checkbox"/> 6 In Mutterschutz/Erziehungsurlaub, sonstiger Beurlaubung <input type="checkbox"/> 4 Rentner/Pensionär <input type="checkbox"/> 7 Praktikum, Volontariat	if x0oc01= 1 x0oc13 if x0oc01= 2 x0rh01
x0oc11	Seit wann sind Sie ohne Unterbrechung arbeitslos?	x0oc11a, x0oc11b	_____ . _____ _____ ____	Monat Jahr

x0oc13	Beziehen Sie oder haben Sie früher eine Rente wegen Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit (z.B. Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente) bezogen?	x0oc13	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc02a if x0oc01 = 2 x0rh01a
x0oc13	Wann haben Sie diese Rente bezogen? Oder bis jetzt INT: Falls die Rente immer noch bezogen wird, muss das Feld "oder bis jetzt" mit "Ja" beantwortet werden. Ansonsten Feld leer lassen.	x0oc13a x0oc13b x0oc13c	Seit (Jahr) Bis (Jahr) <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {No}	__ __ __ __ __ __ __ __	if x0oc01= 2 x0rh01a
x0oc02	Gemäß Liste 5: Welchen Beruf/welche Tätigkeit haben Sie für mindestens 1 Jahr ausgeübt? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn mehr als 6 Berufe, nur jene berücksichtigen, die am längsten ausgeübt wurden.	x0oc02a x0oc02b	<input type="checkbox"/> 1 Bauer/Landwirt <input type="checkbox"/> 2 Büro/Sekretär <input type="checkbox"/> 3 Elektriker <input type="checkbox"/> 4 Fliesenleger/Maurer/Zimmermann <input type="checkbox"/> 5 Hotel/Gastgewerbe <input type="checkbox"/> 6 Kellner/Barist/ Koch <input type="checkbox"/> 7 Krankenpfleger/Arzt <input type="checkbox"/> 8 Lehrer <input type="checkbox"/> 9 Mechaniker <input type="checkbox"/> 10 Tischler Anderes _____		
		x0oc02c x0oc02d	Von (Jahr) Bis (Jahr)	__ __ __ __ __ __ __ __	
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc08
x0oc03	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc03a x0oc03b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben) Anderes _____		

		x0oc03c	Von (Jahr)	__ __ __ __	
		x0oc03d	Bis (Jahr)	__ __ __ __	
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc08
x0oc04	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc04a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)		
		x0oc04b	Anderes	_____	
		x0oc04c	Von (Jahr)	__ __ __ __	
		x0oc04d	Bis (Jahr)	__ __ __ __	
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc08
x0oc05	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc05a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)		
		x0oc05b	Anderes	_____	
		x0oc05c	Von (Jahr)	__ __ __ __	
		x0oc05d	Bis (Jahr)	__ __ __ __	
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc08
x0oc06	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc06a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)		
		x0oc06b	Anderes	_____	
		x0oc06c	Von (Jahr)	__ __ __ __	
		x0oc06d	Bis (Jahr)	__ __ __ __	
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0oc08

x0oc07	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	
		x0oc07b	Anderes _____	
		x0oc07c	Von (Jahr) _____	_____ _____ _____ ____
		x0oc07d	Bis (Jahr) _____	_____ _____ ____ ____
x0oc08	Gemäß Liste 6: Wie würden Sie Ihre Arbeit bzw. Ihre Hauptbeschäftigung einstufen?	x0oc08	<input type="checkbox"/> 1 Als schwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 2 Als mittelschwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 3 Als leichte körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 4 Keine nennenswerte körperliche Arbeit	
	Wo haben sie bisher mindestens 1 Jahr lang gelebt? (Ortschaft) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0rh01a / x0rh02a / x0rh03a / x0rh04a / x0rh05a / x0rh06a / x0rh07a / x0rh08a / x0rh09a / x0rh10a) Von (Jahr) (x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b) Bis (Jahr) (x0rh01c / x0rh02c / x0rh03c / x0rh04c / x0rh05c / x0rh06c / x0rh07c / x0rh08c / x0rh09c / x0rh10c) Haben Sie an einem weiteren Ort mindestens 1 Jahr lang gelebt? (x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10)			
			Wo? (Ortschaft) Von (Jahr) Bis (Jahr) ein weiterer Ort?	
				Ja Nein
x0rh01	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh02	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh03	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh04	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh05	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh06	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh07	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh08	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh09	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔
x0rh10	_____	_____ _____ ____	_____ _____ ____	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ➔

end

Exposure

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Belastung durch Risikofaktoren aus der Umwelt.</i>				
x0ex10	Bearbeiten Sie einen Garten (auch Schrebergarten oder Feldarbeit)?	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ex12
x0ex11	Wenden Sie dort Pflanzenschutzmittel (Insekten-, Unkraut- oder Pilzvernichtungsmittel) an?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ex12
x0ex11a	Gemäß Liste 7: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?	x0ex11a	<input type="checkbox"/> 1 1 Mal pro Woche und öfter <input type="checkbox"/> 2 1 - 3 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 3 Seltener		
x0ex12	Benutzen oder benutztten Sie in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus chemische Mittel zur Insekten- oder Schädlingsbekämpfung (z.B. Insektenspray, Elektroinsektenfrei mit Wirkstoffplättchen)?	x0ex12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ex13
x0ex12a	Gemäß Liste 7: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?	x0ex12a	<input type="checkbox"/> 1 1 Mal pro Woche und öfter <input type="checkbox"/> 2 1 - 3 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 3 Seltener		
x0ex13	Benutzen oder benutztten Sie in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus Holzschutzmittel? INT: Gemeint sind Holzimprägnierungsmittel, Lack, Holzkittlösungen	x0ex13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ex21
x0ex13a	Gemäß Liste 8: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?	x0ex13a	<input type="checkbox"/> 1 Öfter als 1 Mal pro Jahr <input type="checkbox"/> 2 Ca. 1 Mal pro Jahr <input type="checkbox"/> 3 Seltener als 1 Mal pro Jahr		

x0ex21	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys HÄUFIG folgenden Stoffen ausgesetzt?			Ja	Nein	
		x0ex21	Reinigungs-, Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex22	Abgasen von Motoren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex23	Holzstaub	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex24	Getreidestaub	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex25	Stein- oder Glaswolle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex26	Asbest	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0ex21	{Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys HÄUFIG folgenden Stoffen ausgesetzt?}			Ja	Nein	
		x0ex27	Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex28	Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex29	Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex30	Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex31	Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0ex32	Pflanzenschutzmitteln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0ex20	Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz starkem Lärm ausgesetzt?	x0ex20	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein			

Birth

	Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Geburt und Entwicklung.			
x0bi01a	Wie viel betrug Ihr Geburtsgewicht? INT: Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit geringen Überlebenschancen.	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
		x0bi01	__ __ __ __ In Gramm	x0bi03
x0bi03	Waren Sie eine Früh- oder eine Spätgeburt? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Frühgeburt <input type="checkbox"/> 2 Normal <input type="checkbox"/> 3 Spätgeburt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	x0bi04
x0bi02a	In welcher Schwangerschaftswoche befand sich Ihre Mutter zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bi04
		x0bi02	__ __ In Wochen	
x0bi04	Gemäß Liste 9: Wie wurden Sie geboren?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 1 Normale Geburt <input type="checkbox"/> 2 Geburt unter Zuhilfenahme einer Geburtszange oder eines Vakuums <input type="checkbox"/> 3 Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	

x0bi05	Gemäß Liste 10: Wie lange wurden Sie gestillt?	x0bi05	<input type="checkbox"/> 1 Ich wurde nicht gestillt <input type="checkbox"/> 2 Ich wurde gestillt, aber ich weiß nicht wie lange <input type="checkbox"/> 3 bis zu 2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 3-4 Wochen (bis zu 1 Monat) <input type="checkbox"/> 5 2-3 Monate <input type="checkbox"/> 6 4-6 Monate <input type="checkbox"/> 7 Länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> 8 Ich weiß nicht ob ich gestillt wurde	
x0bi06	Hatten Sie eine oder mehrere angeborene Fehlbildungen zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?	x0bi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Bitte geben Sie an welche	x0bi06a	_____	

Women

	<p><i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf das Gebiet der Gynäkologie.</i></p>				if male end
x0wo01a	Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?	x0wo01a, x0wo01b x0wo01c	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
			<input type="checkbox"/> 1 Ich hatte bislang keine Regelblutung <input type="checkbox"/> 2 Ich weiß es nicht		
x0wo03	Benützen Sie zurzeit hormonale Verhütungsmittel (Kontrazeptiva)? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel und nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.	x0wo03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 6 Nein <input type="checkbox"/> 7 Ich möchte nicht antworten	x0wo04a if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12	
x0wo02	Haben Sie jemals hormonale Verhütungsmittel angewandt (gemeint sind Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring)?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	if age<=55y x0wo05 if age>55y x0wo12	
x0wo04	Wie viele Monate bzw. Jahre haben Sie hormonale Verhütungsmittel angewandt? INT: Nur Dauer der tatsächlichen Einnahme erfragen! Angabe erfolgt in Monaten (nur bis zu 12 Monate!) ODER Jahren. Wenn >1 Jahr auf ganzes Jahr ab- bzw. aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) SUMMIEREN!	x0wo04a x0wo04b	 Anzahl der Monate bzw. Anzahl der Jahre	if age>55y x0wo12	
x0wo05	Sind Sie zurzeit schwanger?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht, möglicherweise	x0wo06	
	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	x0wo05a			
x0wo12	Waren Sie jemals schwanger? (einschließlich Totgeburten und Fehlgeburten!)	x0wo12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0wo06	

x0wo12a	Wie viele Kinder haben Sie geboren, einschließlich totgeborener Kinder? INT: Definition Totgeburt: Geburt einer toten Leibesfrucht nach einer Schwangerschaft von mindestens 28 Wochen (bzw. mind. 7 Monaten).	x0wo12a				__ __		
x0wo06	Haben Sie noch Ihre Monatsblutung? INT: Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		end	
	Wann haben die Blutungen aufgehört? (Alter)	x0wo07	Alter				__ __	
x0wo08	Aus welchem Grund blieb die Regel aus?		<input type="checkbox"/> 1 Wechseljahre					
		x0wo08	<input type="checkbox"/> 2 Operation <input type="checkbox"/> 3 anderer Grund					end
	anderen Grund angeben	x0wo08a						
x0wo09	Nehmen Sie zurzeit Hormonersatzpräparate (aufgrund Ihrer Wechseljahre) ein? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen, außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo09	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht			x0wo11
x0wo10	Haben Sie jemals diese Hormonersatzpräparate (aufgrund Ihrer Wechseljahre) eingenommen? INT: Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen, außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht			end
x0wo11	Wie viele Jahre insgesamt haben Sie diese Hormonpräparate eingenommen? INT: Zählen Sie bitte nur die Zeiten zusammen, in denen Sie die Präparate eingenommen haben und rechnen Sie Unterbrechungen nicht mit.	x0wo11a	__ __	Anzahl der Jahre				
		x0wo11b	__ __	Anzahl der Monate wenn weniger als 1 Jahr				

Nutrition

	Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich? INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd01	Rotes Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd02	Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd03	Geflügel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd04	Fisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd05	Kartoffeln	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd06	Teigwaren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd07	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd07	Reis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd08	Salat oder Gemüse, roh zubereitet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd09	Gemüse, gekocht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd10	Frisches Obst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd11	Schokolade, Pralinen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd12	Kuchen, Gebäck, Kekse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd13	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd13	Sonstige Süßwaren (Bonbons u.ä.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd14	Salzige Knabberereien wie gesalzene Erdnüsse, Chips, etc.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd15	Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot (nicht Vollkornbrot)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd16	Vollkornbrot, Schwarzbrot, Knäckebrot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd17	Haferflocken, Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd18	Quark, Joghurt, Dickmilch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						

		Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd19	Fettarme Milchprodukte bis 1,5%						
x0fd20	Fettgehalt (Joghurt,Milch,Quark,etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd21	Käse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd22	Eier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd23	Milch einschl. Buttermilch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd24	Margarine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd24	Margarine, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd25	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd25	Butter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd26	Butter, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd27	Diätlimonade, sonstige Diätgetränke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd28	Obstsäfte, sonstige Erfrischungsgetränke (Limonaden,Cola,etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd29	Mineralwasser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd31	Haben Sie jemals in 6 auffeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltigen Espresso/Mokka-Kaffee getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd31	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0fd32
	Wann haben Sie begonnen regelmäßig Espresso/Mokka- Kaffee zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?	x0fd31a x0fd31b	Alter <input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Jugendlicher <input type="checkbox"/> 3 Erwachsener				
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig Espresso/Mokka-Kaffee? (Mindestens1x im Monat)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja			x0fd31f
	Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Espresso/Mokka- Kaffee zu trinken? (Alter) Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Espresso/Mokka-Kaffee getrunken?	x0fd31d, x0fd31e	<input type="checkbox"/> 1 Alter	<input type="checkbox"/> 1 Oder wie viele Jahre lang			

x0fd31f	Wie viele Tassen Espresso/Mokka-Kaffee (ca. 40 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd31f				
x0fd32	Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat Schwarztee getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd32	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0fd33
	Wann haben Sie begonnen regelmäßig Schwarztee zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?	x0fd32a x0fd32b	Alter			
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig Schwarztee? (Mindestens 1x im Monat)	x0fd32c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja		x0fd32f
	Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Schwarztee zu trinken? (Alter) Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Schwarztee getrunken?	x0fd32d, x0fd32e	__ __ Alter	__ __ Oder wie viele Jahre lang		
x0fd32f	Wie viele Tassen Schwarztee (ca. 125 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd32f				
x0fd33	Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltigen amerikanischen Kaffee (Filterkaffee) getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd33a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0fd34

	<p>Wann haben Sie begonnen regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?</p>	x0fd33a x0fd33b	<p>Alter</p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind <input type="checkbox"/>2 Jugendlicher <input type="checkbox"/>3 Erwachsener</p>	__ __	
	<p>Trinken Sie zurzeit regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee? (Mindestens 1x im Monat)</p>	x0fd33c	<p><input type="checkbox"/>2 Nein</p>	<p><input type="checkbox"/>1 Ja</p>	x0fd33f
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee zu trinken? (Alter) Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt amerikanischen Kaffee/Filterkaffee getrunken?</p>	x0fd33d, x0fd33e	<p> __ __ Alter</p>	<p> __ __ Oder wie viele Jahre lang</p>	
x0fd33f	<p>Wie viele Tassen amerikanischen Kaffee/Filterkaffee (ca. 125 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	x0fd33f		__ __	
x0fd34	<p>Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltige Coca-Cola getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate</p>	x0fd34	<p><input type="checkbox"/>1 Ja</p>	<p><input type="checkbox"/>2 Nein</p>	<p><input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht</p> <p>end</p>
	<p>Wann haben Sie begonnen regelmäßig Coca-Cola zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?</p>	x0fd34a x0fd34b	<p>Alter</p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind <input type="checkbox"/>2 Jugendlicher <input type="checkbox"/>3 Erwachsener</p>	__ __	
	<p>Trinken Sie zurzeit regelmäßig Coca-Cola? (Mindestens 1x im Monat)</p>	x0fd34c	<p><input type="checkbox"/>2 Nein</p>	<p><input type="checkbox"/>1 Ja</p>	x0fd34f

	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Coca-Cola zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Coca-Cola getrunken?</p>	x0fd34d, x0fd34e	<input type="text"/> <input type="text"/> Alter <input type="text"/> <input type="text"/> Oder wie viele Jahre lang	
x0fd34f	<p>Wie viele Dosen Coca-Cola (33 cl) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	x0fd34f	<input type="text"/> <input type="text"/>	

Alcohol

x0al00	Haben Sie jemals Alkohol getrunken?	x0al00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		end
x0al01	Gemäß Liste 13: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt alkoholische Getränke, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Nie <input type="checkbox"/> 2 Nur zu besonderen Anlässen <input type="checkbox"/> 3 1 Mal pro Monat oder seltener		x0al05a
		x0al01	<input type="checkbox"/> 4 2-4 Mal im Monat <input type="checkbox"/> 5 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> 6 4 Mal oder mehrmals pro Woche aber nicht täglich <input type="checkbox"/> 7 Täglich		if male x0al02a if female x0al02b
x0al02a	Gemäß Liste 14: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Nie innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 2 1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 3 3-5 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 4 6-11 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 5 Ungefähr einmal pro Monat <input type="checkbox"/> 6 2-3 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 7 1-2 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 9 3-4 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 10 täglich oder fast täglich		x0al03a
x0al02b	Gemäß Liste 14: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Nie innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 2 1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 3 3-5 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 4 6-11 mal innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 5 Ungefähr einmal pro Monat <input type="checkbox"/> 6 2-3 mal pro Monat <input type="checkbox"/> 7 1-2 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 9 3-4 mal pro Woche <input type="checkbox"/> 10 Täglich oder fast täglich		

x0al03a	<p>Wie viel der folgenden Getränke haben Sie in den letzten 12 Monaten gewöhnlich am Wochenende (Freitag, Samstag und Sonntag) konsumiert?</p> <p>INT: Das gesamte Wochenende berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 3 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al03a Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al03b Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al03c Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al03d Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al03e Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al03f Alkoholhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
x0al04a	<p>Wie viel der folgenden Getränke haben Sie in den letzten 12 Monaten gewöhnlich an Werktagen (von Montag bis Donnerstag) konsumiert?</p> <p>INT: Die gesamten Werkstage berücksichtigen, also Summe aller Getränken überdiese 4 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al04a Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al04b Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al04c Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al04d Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al04e Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> x0al04f Alkoholhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	end
x0al05a	<p>Gemäß Liste 15: Warum haben Sie in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol/sehr wenig Alkohol getrunken?</p>	x0al05a Vorliegen einer Erkrankung <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05b Andere gesundheitliche Gründe/zum Schutz meiner Gesundheit <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05c Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05d Finanzielle Gründe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05e Religiöse Gründe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05f Ich bin trockene/r Alkoholiker/in <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05g Andere Gründe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 x0al05h Weiß nicht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	end

Smoking

	Als nächstes möchte ich Ihnen einige Fragen zum Rauchen und Passivrauchen stellen.				
x0sm32	Haben Sie schon einmal ein Jahr lang geraucht? INT: „Ja“ bedeutet mindestens 20 Päckchen Zigaretten im Leben oder 360 Gramm Tabak in Ihrem Leben, oder ein Jahr lang mindestens eine Zigarette pro Tag oder eine Zigarre pro Woche.)	x0sm32	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm46
	Wie alt waren Sie, als Sie anfingen zu rauchen? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Alter (Jahre)		
x0sm34	Wie alt waren Sie, als Sie anfingen täglich zu rauchen? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm34 x0sm34a	Alter (Jahre) <input type="checkbox"/> 1 Niemals täglich geraucht <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		
x0sm00	Rauchen Sie zurzeit Zigaretten?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm39
x0sm35	Wie viel rauchen Sie jetzt durchschnittlich? INT: Mit durchschnittlich ist gemeint: 0-3 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 0 pro Tag 4-10 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 1 pro Tag	x0sm35 x0sm36 x0sm37 x0sm38	Anzahl der Zigaretten pro Tag: Anzahl der Zigarillos pro Tag: Anzahl der Zigarren pro Woche: Pfeifentabak in Gramm pro Woche:	 	
x0sm39	Haben Sie das Rauchen reduziert oder aufgegeben?	x0sm39	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm45
	Haben Sie das Rauchen wegen Atemproblemen reduziert oder aufgegeben?	x0sm39a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
	Wie alt waren Sie, als Sie das Rauchen reduziert bzw. aufgegeben haben? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm40	Alter (Jahre)		
x0sm41	Wie viel rauchten Sie früher durchschnittlich , bezogen auf die ganze Zeit, die Sie geraucht haben?	x0sm41 x0sm42 x0sm43 x0sm44	Anzahl der Zigaretten pro Tag: Anzahl der Zigarillos pro Tag: Anzahl der Zigarren pro Woche: Pfeifentabak in Gramm pro Woche:	 	
x0sm45	Haben oder hatten Sie den Rauch inhaliert?	x0sm45	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	

x0sm46	Sind Sie regelmäßig in den letzten 12 Monaten Tabakrauch anderer ausgesetzt gewesen? INT: Regelmäßig bedeutet: an den meisten Tagen oder Nächten.	x0sm46	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
	Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt regelmäßig außer Ihnen?	x0sm47	__ __		
	Wird in dem Raum, in dem Sie arbeiten, regelmäßig von anderen geraucht?	x0sm48	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
	Wie viele Stunden pro Tag sind Sie dem Tabakrauch anderer Leute ausgesetzt?	x0sm49	__ __ Stunden pro Tag		if 0 end
x0sm49a	Bitte beschreiben Sie dies genauer: Wie viele Stunden sind Sie pro Tag Tabakrauch von anderen an den folgenden Orten ausgesetzt?	x0sm49a	Zuhause: __ __ Stunden pro Tag		
		x0sm49b	am Arbeitsplatz: __ __ Stunden pro Tag		
		x0sm49c	in Bars, Restaurants, Kinos oder ähnlichem: __ __ Stunden pro Tag		
		x0sm49d	An anderen Orten: __ __ Stunden pro Tag		

Chronic diseases

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit.</i>						
x0cd01	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lebererkrankung diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd06	
	Wissen sie noch den Namen der Erkrankung?	x0cd01e	<input type="checkbox"/> 1 Leberzirrhose <input type="checkbox"/> 2 Anderes				
		x0cd01f	Anderes _____				
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd01a, x0cd01b	 		Jahr	Bzw. damaliges Alter	
x0cd06	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Gicht diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd10	
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd06a, x0cd06b	 		Jahr	Bzw. damaliges Alter	
x0cd10	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Osteoporose (verminderte Knochendichte) diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd14	
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd10a, x0cd10b	 		Jahr	Bzw. damaliges Alter	
x0cd14	Wurde eine Vaskulitis (Entzündungen der kleinen Nierengefäße) (inklusive Lupus erythematoses) diagnostiziert?	x0cd14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end	
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0cd14d					
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd14a, x0cd14b	 		Jahr	Bzw. damaliges Alter	

Cancer

x0ca00	<p>Ist bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert worden?</p> <p>INT: Gemeint ist bösartiger Krebs</p>	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		end																																				
x0ca00a	<p>Wie viele Krebserkrankungen hatten Sie?</p>	x0ca00a	 																																						
x0ca01a	<p>Geben Sie bitte das Jahr an, in dem die Krebserkrankung/en aufgetreten ist. 1. (früheste) Krebserkrankung ... / 2. Krebserkrankung ... / 3. Krebserkrankung ... / 4. Krebserkrankung ... / 5. Krebserkrankung ...</p> <p>Jahr ...</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)</p> <p>Bezeichnung und Lokalisation?</p> <p>INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenerkrankung handelt.</p> <p>(x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)</p> <p>Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt?</p> <p>(x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)</p> <p>In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt?</p> <p>(x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)</p>																																								
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;">Jahr</th> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;">Bezeichnung und Lokalisation</th> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;">Stationär behandelt?</th> <th colspan="2" style="width: 40%; text-align: left; padding-bottom: 5px;">Krankenhaus</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-bottom: 5px;"> </td> </tr> </tbody> </table>					Jahr	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt?	Krankenhaus				Nein	Ja																											end if x0ca00a = 1 = 2 = 3 = 4
Jahr	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt?	Krankenhaus																																						
		Nein	Ja																																						

Diabetes

x0dm00	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Diabetes diagnostiziert?	x0dm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0dm01	Geben Sie bitte das Jahr (bzw. das damalige Alter) an, in dem dies diagnostiziert wurde. INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm01a, x0dm01b	__ __ __ __ Jahr __ __ Bzw. damaliges Alter	
x0dm02	Gemäß Liste 16: Welcher Diabetestyp liegt Ihrem Wissen nach vor?	x0dm02	<input type="checkbox"/> 1 'Jugendlicher' oder insulinabhängiger Diabetes (Typ 1) <input type="checkbox"/> 2 'Altersdiabetes' (Typ 2) <input type="checkbox"/> 3 Schwangerschaftsdiabetes <input type="checkbox"/> 4 Diabetes nach Bauchspeicheldrüsenentzündung <input type="checkbox"/> 5 Ich weiß es nicht	
x0dm03	Gemäß Liste 17: Wie werden Sie behandelt? INT: Nur eine Angabe! – Denken Sie auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen!	x0dm03	<input type="checkbox"/> 1 Nur mit Tabletten <input type="checkbox"/> 2 Nur mit Insulin <input type="checkbox"/> 3 Mit Insulin und Tabletten <input type="checkbox"/> 4 Nur diätetisch <input type="checkbox"/> 5 Keine Behandlung	end end
x0dm04	Geben Sie bitte das Jahr bzw. das Alter an, seit dem Sie mit Insulin behandelt werden. INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm04a, x0dm04b	__ __ __ __ Jahr __ __ Bzw. damaliges Alter	

Kidney diseases

x0ki00	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Nierenerkrankung diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki09
x0ki01	Wurde eine Glomerulonephritis (Nierenentzündung) diagnostiziert?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki02
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki01a, x0ki01b	__ __ __ __ Jahr	Bzw. damaliges Alter	
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki01d	<hr/>		
x0ki02	Wurde eine Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung) diagnostiziert?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki04
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki02a, x0ki02b	__ __ __ __ Jahr	Bzw. damaliges Alter	
x0ki04	Wurde eine Erkrankung der Nierenarterien (inklusive Nierenarterienstenose) diagnostiziert?	x0ki04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki05
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki04a, x0ki04b	__ __ __ __ Jahr	Bzw. damaliges Alter	
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki04d	<hr/>		
x0ki05	Wurde eine erbliche oder angeborene Nierenerkrankung (inklusive polyzystische Nierenerkrankung) diagnostiziert?	x0ki05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki07
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki05a, x0ki05b	__ __ __ __ Jahr	Bzw. damaliges Alter	
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki05d	<hr/>		
x0ki07	Wurden Nierensteine diagnostiziert?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki08

	In welchem Jahr wurden die Nierensteine zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki07a, x0ki07b	Jahr Bzw. damaliges Alter	
x0ki08	Wurde eine andere Nierenerkrankung diagnostiziert?	x0ki08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki09
	Wenn Sie ihn wissen, geben Sie den Namen der Krankheit an:	x0ki08d	<hr/>	
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki08a, x0ki08b	Jahr Bzw. damaliges Alter	
x0ki09	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine verminderte Nierenfunktion oder Niereninsuffizienz diagnostiziert oder festgestellt?	x0ki09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki19
	In welchem Jahr?	x0ki09a, x0ki09b	Jahr Bzw. damaliges Alter	
	Ist die Niereninsuffizienz noch vorhanden?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ki22	Haben Sie sich jemals einer Dialyse unterzogen?	x0ki22	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki23
	In welchem Jahr haben Sie sich zum ersten Mal einer Dialyse unterzogen?	x0ki22a, x0ki22b	Jahr Bzw. damaliges Alter	
x0ki23	Müssen Sie sich immer noch der Dialyse unterziehen?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	x0ki10
	In welchem Jahr haben Sie sich das letzte Mal einer Dialyse unterzogen?	x0ki23a, x0ki23b	Jahr Bzw. damaliges Alter	
x0ki10	Sind Sie jemals einer Nierentransplantation unterzogen worden?	x0ki10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki19
	Wieviele Transplantationen wurden durchgeführt?	x0ki10a		
x0ki11a	Jahr der ersten Transplantation	x0ki11a, x0ki11b	Jahr Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 1 x0ki19
x0ki12a	Jahr der zweiten Transplantation	x0ki12a, x0ki12b	Jahr Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 2 x0ki19

x0ki13a	Jahr der dritten Transplantation	x0ki13a, x0ki13b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 3 x0ki19
x0ki14a	Jahr der vierten Transplantation	x0ki14a, x0ki14b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 4 x0ki19
x0ki15a	Jahr der fünften Transplantation	x0ki15a, x0ki15b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	
x0ki19	Haben Sie schon einmal eine Niere gespendet	x0ki19	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki20
	In welchem Jahr?	x0ki19a, x0ki19b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	
x0ki20	Wurden Sie wegen Angioplastie (Gefäßplastik) der Nierenarterien operiert?	x0ki20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki21
	In welchem Jahr?	x0ki20a, x0ki20b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	
x0ki21	Wurden Sie aus irgendeinem anderen Grund an Ihren Nieren operiert?	x0ki21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Bitte den Grund angeben:	x0ki21c			
	In welchem Jahr?	x0ki21a, x0ki21b	_____ _____ _____ Jahr	_____ _____ Bzw. damaliges Alter	

Blood values

x0bl01	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhter Blutdruck oder Bluthochdruck festgestellt? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0bl02
x0bl01b	Wie alt waren Sie als dies zum ersten Mal festgestellt wurde? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl01b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Damaliges Alter		if sex = male x0bl02
x0bl01c	War dies nur während einer Schwangerschaft?	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0bl02	Haben Sie jemals Medikamente gegen Bluthochdruck oder erhöhten Blutdruck eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	x0bl02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0bl12
	Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl02a	<input type="text"/> <input type="text"/> Damaliges Alter		
	Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0bl12
	Wann haben Sie aufgehört deswegen Medikamente einzunehmen? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren	x0bl02c	<input type="text"/> <input type="text"/> Damaliges Alter		
x0bl12	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhte Blutfette (Cholesterin- oder Triglyceridwerte) festgestellt?	x0bl12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		end
x0bl12a	Haben Sie deswegen jemals Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	x0bl12a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		end

	<p>Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen?</p> <p>INT: Alter angeben.</p> <p>Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.</p>	x0bl12b	<input type="text"/> <input type="text"/> Damaliges Alter	
	Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

Thyroid diseases

x0th00	Wurde bei Ihnen jemals eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?	x0th00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0th12																																							
x0th01 x0th02 x0th03 x0th04 x0th05 x0th06 x0th07	Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? If YES: In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">Ich weiß</th> <th rowspan="2" style="vertical-align: middle; text-align: center;">Jahr der Diagnose</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">es nicht</th> <th style="text-align: center;">Ja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>3</td> <td><input type="checkbox"/>1 → Jahr</td> <td> ____ ____ ____ </td> </tr> </tbody> </table>		Ich weiß			Jahr der Diagnose	Nein	es nicht	Ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____
Ich weiß			Jahr der Diagnose																																								
Nein	es nicht	Ja																																									
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 → Jahr	____ ____ ____																																								
x0th09	8. Eine andere Schilddrüsenerkrankung, die noch nicht erwähnt wurde?	x0th09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht																																								

if sex = female AND children >0 => **x0th08**

if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => **x0th12**

if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => **x0th12**

	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0th09a	Jahr	____ ____ ____	
	Wissen sie noch den Namen der Krankheit? (ODER: Würden Sie sie bitte möglichst genau beschreiben?)	x0th09b			if sex = male OR children=0 x0th12
x0th08	9. Hatten Sie während der/einer Schwangerschaft eine Veränderung der Schilddrüsenfunktion?	x0th08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

x0th12	Wurde bei Ihnen jemals eine Schilddrüsenoperation durchgeführt?	x0th12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0th13
x0th12a	In welchem Jahr?	x0th12a	Jahr _____ _____ ____	
	Gemäß Liste 18: Erinnern Sie an die Art der Operation?	x0th12b	<input type="checkbox"/> 1 Teilweise Entfernung <input type="checkbox"/> 2 Vollständige Entfernung <input type="checkbox"/> 3 Struma (Kropf)	x0th13
			<input type="checkbox"/> 4 Anderes	
	Beschreiben Sie die Operation möglichst genau:	x0th12c		
x0th13	Gemäß Liste 19: Haben Sie sich jemals einer Schilddrüsentherapie unterzogen?	x0th13	<input type="checkbox"/> 1 Ja, Radiojodtherapie <input type="checkbox"/> 2 Ja, medizinische oder medikamentöse Therapie	
			<input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	x0th14
	In welchem Jahr wurde die Behandlung zum ersten Mal durchgeführt?	x0th13a	Von (Jahr) _____ _____ ____	
	Bis wann wurde die Behandlung durchgeführt? INT: Falls die Behandlung gegenwärtig durchgeführt wird, Jahr 3000 kodieren	x0th13b	Bis (Jahr) _____ _____ ____	
x0th14	Leiden andere Personen in Ihrer Familie an einer Erkrankung der Schilddrüsenfunktion?	x0th14	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0th14a	Welches ist Ihr Verwandtschaftsgrad zu dieser/n Person/en?	x0th14a	[CHECKBOX] Ja Nein	
		x0th14b	Mutter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14c	Vater <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14d	Bruder/Brüder <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14e	Schwester(n) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0th14f	Sohn/Söhne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
			Tochter/Töchter <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

	Falls Sie es wissen, wie lautet der Namen der Erkrankung?	x0th14g	_____	
--	--	---------	-------	--

Myocardial infarction

x0mi00	Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt? INT: Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0mi08
x0mi01	Treten die Schmerzen oder dieses Unbehagen auf, wenn Sie in Eile sind, bergauf gehen oder sich sonst wie körperlich anstrengen?		<input type="checkbox"/> 1 Ja		
		x0mi01	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0mi07
			<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nie in Eile oder gehe nicht bergauf		
x0mi02	Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?	x0mi02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht
x0mi03	Gemäß Liste 20: Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?	x0mi03	<input type="checkbox"/> 1 Ich gehe langsamer oder bleibe stehen	<input type="checkbox"/> 3 Ich nehme Nitropräparate ein	
			<input type="checkbox"/> 2 Ich gehe im gleichen Tempo weiter		x0mi07
x0mi04	Verschwinden diese Beschwerden innerhalb 10 Minuten, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0mi07
x0mi05a	Würden Sie mir zeigen, wo dieser Schmerz oder dieses Unbehagen aufgetreten ist? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren. Wenn andere Stelle, welche?	x0mi05a		Ja	Nein
		x0mi05b	Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05c	Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05d	Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05e	Linke Schulter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05f	Anderes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
x0mi06	Strahlt der Schmerz oder das Unbehagen in den linken Arm aus?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0mi07	Haben Sie jemals einen sehr starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	

x0mi08	Haben Sie soweit Sie wissen eine Erkrankung der Herzkratzgefäß? INT: Arterienverkalkung der Herzkratzgefäß Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0mi09
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0mi08b, x0mi08c	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0mi08d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht		
x0mi09	Hatten Sie jemals einen von einem Arzt festgestellten Herzinfarkt?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0mi16
x0mi10	Wie viele Herzinfarkte hatten Sie insgesamt?	x0mi10			
x0mi11a	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der 1. Herzinfarkt/ 2. Herzinfarkt/ 3. Herzinfarkt/ 4. Herzinfarkt/ 5. Herzinfarkt aufgetreten ist. INT: Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben. Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a) Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? (x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b) In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)				
	Jahr Nein Ja		Stationär behandelt? <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 → _____	Krankenhaus	x0mi16 if x0mi10 = 1 = 2 = 3 = 4
x0mi16	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) durchgeführt?	x0mi16	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0mi17	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herz-Operation durchgeführt?	x0mi17	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

x0mi18	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Bypass-Operation oder eine Angioplastie (Stentimplantation) durchgeführt?	x0mi18	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
---------------	---	--------	--	--

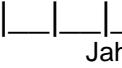
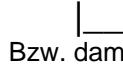
Heart failure

x0hf01	Haben Sie Luftnot, Kurzatmigkeit bei Belastung, z.B. beim Treppensteigen? INT: (Dyspnoe) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0hf02
	Seit wann? (Jahr)	x0hf01a, x0hf01b	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
x0hf02	Haben Sie "Wasser in der Lunge"? INT: (Linksherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0hf03
	Seit wann? (Jahr)	x0hf02a, x0hf02b	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
x0hf03	Haben Sie häufig geschwollene Beine wegen "Wasser in den Beinen"? INT: (Rechtsherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0hf04
	Seit wann? (Jahr)	x0hf03a, x0hf03b	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
x0hf04	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelentzündung? INT: (Myokarditis) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0hf05
		x0hf04a, x0hf04b	 Jahr Bzw. damaliges Alter		
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf04c			

x0hf05	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelerkrankung? (z.B. Herzmuskelverdickung) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf06
		x0hf05a, x0hf05b	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter	
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf05c	<hr/>	
x0hf06	Hatten Sie jemals, auch als Kind, einen Herzfehler? INT: mittels Echokardiografie, nicht allein auskultieren des Herzens mit Stethoskop Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler	x0hf06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf07
	Beschreiben Sie den Herzfehler möglichst genau:	x0hf06a	<hr/>	
x0hf07	Hat bei Ihnen jemals ein Arzt ein EKG geschrieben? (mit Ausnahme von obligatorischen EKGs wegen Leistungssport, aus beruflichen Gründen oder zur operativen Vorbereitung) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf08
	Gab es auffällige Befunde?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0hf08
	Welche?	x0hf07d	<hr/>	
	In welchem Jahr hat das EKG zum ersten Mal auffällige Befunde gezeigt?	x0hf07a, x0hf07b	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter	
x0hf08	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Herzinsuffizienz diagnostiziert? INT: (Pumpschwäche des Herzmuskels) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end

	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0hf08a, x0hf08b	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ damaliges Alter	
--	---	---------------------	----------------------------------	---------------------------------	--

Cardiac arrhythmias

x0af02	Haben Sie Vorhofflimmern? (absolute Arrhythmie) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af07
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af03
		x0af02b, x0af02c	 Jahr  Bzw. damaliges Alter			
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0af02d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht			
x0af03	Treten bei Ihnen während des Vorhofflimmerns Beschwerden auf?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af04
x0af03a	Gemäß Liste 21: Welche?	x0af03a	Ja Nein			
		x0af03b	Herzrasen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03c	Herzstolpern <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03d	Schwäche/Müdigkeit <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03e	Atemnot <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03f	Brustschmerzen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03g	Unruhe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03h	Schwindel <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
		x0af03i	Andere <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0			
x0af03i	Beschreiben Sie die anderen Beschwerden					
x0af04	Tritt das Vorhofflimmern chronisch anhaltend, d.h. dauernd ohne Unterbrechung auf?		<input type="checkbox"/> 1 Ja			x0af07
		x0af04	<input type="checkbox"/> 2 Nein			
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht			x0af07

x0af05	Gemäß Liste 22: Wie häufig tritt bei Ihnen das Vorhofflimmern auf?	x0af05	<input type="checkbox"/> 1 Einmal täglich <input type="checkbox"/> 2 Einmal wöchentlich <input type="checkbox"/> 3 Einmal monatlich <input type="checkbox"/> 4 Einmal jährlich	
x0af06	Gemäß Liste 23: Wie lange dauert eine Vorhofflimmern-Attacke im Schnitt an?	x0af06	<input type="checkbox"/> 1 Sekunden <input type="checkbox"/> 2 Minuten <input type="checkbox"/> 3 Stunden <input type="checkbox"/> 4 Tage	
x0af07	Hatten Sie Herzstolpern, unregelmäßiges Schlagen, Herzrasen, oder Herzflattern? INT: Schnelleres Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af08
		x0af07a, x0af07b	_ _ _ __ Jahr Bzw. _ _ _ damaliges Alter	
	Beschreiben Sie die Art der Rhythmusstörung	x0af07c	_____	
x0af08	Wurde bei Ihnen wegen einer Herzrhythmusstörung bereits eine Elektroschockbehandlung durchgeführt?	x0af08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0af09	Ist bei Ihnen eine Bewusstlosigkeit mit einem Kreislaufstillstand aufgetreten? INT: Gemeint ist keine Ohnmacht sondern eine Synkope aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung.) INT: Im Falle einer Bewusstlosigkeit im Rahmen eines Unfalls: Falls die Bewusstlosigkeit die Ursache des Unfalls war, d.h. dem Unfall vorausging, bitte "ja" antworten, wenn die Bewusstlosigkeit Folge des Unfalls war, bitte "nein" antworten.	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af10

	Waren sie damals unter körperlicher oder psychischer Belastung?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0af10	Sind Sie schon einmal von einem Arzt, einem Rettungssanitäter oder einer anderen Person wiederbelebt worden? INT: Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstill-standes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0af11	Sind Sie Herzschrittmacher-Träger oder Träger eines implantierten Defibrillators?	x0af11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0af12	Haben Sie noch eine andere Erkrankungen des Herzens über die wir noch nicht gesprochen haben	x0af12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 No	end
	Beschreiben Sie diese Erkrankungen des Herzens möglichst genau:	x0af12a	<hr/>		

Circulation

x0ci01	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine periphere arterielle Verschlusskrankheit („Schaufensterkrankheit“, schlechte Durchblutung der Beine oder verschlossene oder verengte Beinarterien) diagnostiziert? INT: Krampfadern oder Venenentzündungen nicht miteinbeziehen	x0ci01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ci03
x0ci02	Wurde bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:	x0ci02a x0ci02b x0ci02c	Ja Nein Weiß nicht Angiografie (Kontrastmittel, in eine Beinarterie injiziert)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Angioplastie (Ballonkatheter um einen Verschluss zu öffnen)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Operation um die Durchblutung der Beinen zu verbessern (eine Operation wegen Krampfadern nicht miteinbeziehen)? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	
x0ci03	Haben Sie jemals Krampfadern in den Beinen gehabt? (ausschliesslich Krampfadern die während einer Schwangerschaft aufgetreten sind)	x0ci03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci04	Haben Sie jemals eine Venenentzündung bei oberflächlichen Beinvenen gehabt?	x0ci04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci05	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lungenembolie oder BlutgerinnSEL in der Lunge diagnostiziert?	x0ci05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci06	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine tiefe Venenthrombose oder BlutgerinnSEL in den Beinen diagnostiziert?	x0ci06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Wurde Sie jemals von einem Arzt oder einer Krankenschwester zu Hause oder ambulant mit Spritzen (üblicherweise gefolgt von einer Behandlung mit Blutverdünnungsmitteln wie Coumadin, Warfarin) wegen BlutgerinnSEL in den Beinen, auch tiefe Venenthrombose oder TVT genannt, behandelt?	x0ci06a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

	Wurden bei Ihnen jemals ambulant Untersuchung (z.B. Ultraschall) wegen Blutgerinnung in den Beinen, auch tiefe Venenthrombose oder DVT genannt, durchgeführt?	x0ci06b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
--	---	---------	--	--

Stroke

x0st21	Wurde Ihnen jemals eine transitorische ischämische Attacke (TIA) diagnostiziert? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st00
	Wann? (Jahr)	x0st21a, x0st21b	_ _ _ _ Jahr	Bzw. _ _ _	damaliges Alter	
	Beschreiben Sie die Situation möglichst genau:	x0st21c	<hr/>			
x0st00	Hatten Sie jemals einen von einem Arzt festgestellten Schlaganfall (Gehirnschlag)?	x0st00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st07
x0st06a	Wann ist der erste Schlaganfall aufgetreten?	x0st06a x0st06b	_ _ _ . _ _ _ _ M M J J J J			
x0st07	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Verlust oder eine Änderung des Sprechvermögens?	x0st07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st08
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st07a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0st08	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Verlust des Sehvermögens, oder sahen Sie verschwommen?	x0st08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st09
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st08a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0st09	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Anfall von Doppelsehen?	x0st09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st10
x0st09a	Verschwand das Sehen von Doppelbildern, wenn Sie ein Auge geschlossen haben?		<input type="checkbox"/> 1 Ja			
		x0st09a	<input type="checkbox"/> 2 Nein			x0st10
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht			
	Ist dieser Anfall plötzlich aufgetreten?	x0st09b	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		

x0st10	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich ein Taubheitsgefühl, Kribbeln oder Verlust des Gefühls auf einer Seite Ihres Körpers, einschließlich Ihres Gesichts, Arms oder Beins?	x0st10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st11
	Trat das Taubheitsgefühl oder Kribbeln nur auf, wenn Sie Ihre Arme oder Beine in einer bestimmten Position hielten?	x0st10a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0st11
			<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st10b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0st11	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich Lähmungs- oder Schwächeerscheinungen auf einer Seite Ihres Körpers, einschließlich Ihres Gesichts, Arms oder Beins?	x0st11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st12
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st11a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0st12	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger einen Schwindelanfall, Gleichgewichtsverlust oder Drehschwindel?	x0st12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Traten der Schwindel, Gleichgewichtsverlust oder Drehschwindel nur auf, wenn Sie die Position ihres Kopfes oder Körpers verändert haben?	x0st12a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

Neurology

	Zittern Sie bei Bewegungen/bestimmter Haltung, z.B. wenn Sie eine Tasse, ein Glas oder einen Löffel für die Suppe halten? (postural-kinetisch)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0pk01	Haben oder hatten Sie Probleme beim Aufstehen von einem Stuhl?	x0pk01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk02	Ist Ihre Handschrift im Verhältnis zu früher kleiner geworden?	x0pk02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk03	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Ihre Stimme leiser ist als früher?	x0pk03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk04	Sind oder waren Sie beim Gehen unsicher?	x0pk04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk05	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Ihre Füße am Boden kleben?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk06	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Ihr Gesicht weniger Ausdruck hat als früher?	x0pk06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk07	Zittern Ihre Arme oder Beine?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk08	Fällt es Ihnen schwerer als früher Knöpfe an Ihrem Hemd oder Ihrer Bluse zu knöpfen?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk09	Streifen Sie Ihre Füße beim Gehen nach oder machen Sie kleinere Schritte als früher?	x0pk09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk10	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Sie an der Parkinson'schen Krankheit leiden?	x0pk10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0pk11	Haben Sie jemals die Medikamente Sinemet oder Madopar genommen?	x0pk11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0ne06	Fällt Ihnen Vergesslichkeit (auch Orientierungsstörungen) auf? Z.B. Verlaufen auf bekannten Wegen INT: M. Alzheimer Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne07
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne06a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne07

	Seit wann? (Jahr)	x0ne06b, x0ne06c	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter	
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne06d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	
x0ne07	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Multiple Sklerose diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne08
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Multiple Sklerose diagnostiziert?	x0ne07a, x0ne07b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter	
x0ne08	Leiden Sie an Missemmpfindungen, Ameisenkribbeln oder (brennenden) Schmerzen an der Hand? INT: Karpaltunnelsyndrom, Kompressionsneuropathie des N. medianus im Handgelenk Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne21
	Seit wann? (Jahr)	x0ne08a, x0ne08b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter	
x0ne21	Leiden Sie an sonstigen neurologischen Symptomen oder Krankheiten über die wir noch nicht gesprochen haben? INT: Depression und Unruhe sind auszuschließen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne21	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0ne21e	Beschreiben Sie die neurologische Krankheit möglichst genau:	x0ne21e	_____	
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne21a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne22
	Seit wann? (Jahr)	x0ne21b, x0ne21c	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter	

	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne21d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	
x0ne22	Haben Sie noch eine andere neurologische Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben	x0ne22	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0ne22e	Beschreiben Sie die neurologische Krankheit möglichst genau:	x0ne22e	_____	
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne22a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Seit wann? (Jahr)	x0ne22b, x0ne22c	_____ _____ _____ _____ Jahr _____ _____ Bzw. damaliges Alter	
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne22d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	

Migraine

x0mg01	Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0mg02a	Gemäß Liste 24: Wie oft hatten Sie in den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg02a	<input type="checkbox"/> 1 Selten (an 1 Tag/Monat) <input type="checkbox"/> 2 Gelegentlich (an 2 bis 4 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 3 Oft (an 5 bis 15 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 4 Chronisch (an mehr als 15 Tagen/Monat)	
x0mg04	Gemäß Liste 25: Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolgslos bleibt?	x0mg04	<input type="checkbox"/> 1 Bis zu 30 Minuten <input type="checkbox"/> 2 Mehr als 30 Minuten bis 4 Stunden <input type="checkbox"/> 3 Mehr als 4 Stunden bis 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Mehr als 3 bis 7 Tage <input type="checkbox"/> 5 Über 7 Tage <input type="checkbox"/> 6 Ich weiß es nicht	
x0mg05	Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht. Haben Sie Kopfschmerzen... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg05 x0mg06 x0mg07 x0mg08	Ja Nein die sich auf eine Kopfhälfte beschränken? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die bei Ihnen beidseitig auftreten? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die einen pulsierenden oder pochenden Charakter haben? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0mg05	Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht. Haben Sie Kopfschmerzen... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg09 x0mg10 x0mg11 x0mg12	Ja Nein die plötzlich an einer einzigen Stelle des Kopfes auftreten und nur für Sekunden stechend anhalten? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die durch körperliche Aktivität, z.B. beim Treppensteigen, verstärkt werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 die von Übelkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

x0mg05	<p>Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.</p> <p>Haben Sie Kopfschmerzen...</p> <p>INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.</p>		<p>Ja Nein</p> <p>x0mg13 die von Erbrechen begleitet werden? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg14 die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg15 die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg16 die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg17 die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p>	
x0mg05	<p>Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.</p> <p>Haben Sie Kopfschmerzen...</p> <p>INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.</p>		<p>Ja Nein</p> <p>x0mg18 die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg19 die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines,oder Sprachstörungen einhergehen? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>x0mg20 die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p>	
x0mg21	Wie lange leiden Sie schon an Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Jahren an.	x0mg21	__ __	
x0mg22	Wie würden Sie die Stärke Ihrer Kopfschmerzen durchschnittlich einstufen?	x0mg22	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen	

Pain

x0pn00	Leiden Sie seit mehr als 6 Monaten an regelmäßig wiederkehrenden Schmerzen im Allgemeinen (ausgenommen Kopfschmerzen)?	x0pn00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0pn01	Leiden Sie an Rückenschmerzen?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn11
x0pn05a	Lokalisation:	x0pn05a x0pn05b x0pn05c	lumbal (Lendenwirbelsäule) thorakal (Brustwirbelsäule) zervikal (Halswirbelsäule)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Ja Nein
x0pn06a	Ausstrahlung:	x0pn06a x0pn06b	Bein Arm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Ja Nein
x0pn02a	Seit wann bestehen Sie? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn02a x0pn02b	__ __ Monaten __ __ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a x0pn03b	__ __ Tage/Monat __ __ Tage/Jahr		
	Stärke	x0pn04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen		
x0pn11	Leiden Sie an Gelenkschmerzen? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn21
	Bestehend seit: (Monaten) Bestehend seit: (Jahren)	x0pn12a x0pn12b	__ __ Monaten __ __ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a x0pn13b	__ __ Tage/Monat __ __ Tage/Jahr		
x0pn14	Stärke der Gelenkschmerzen	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen		

	Welche Gelenke sind betroffen?	x0pn15			
x0pn21	Leiden Sie an anderen Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Regelschmerzen, Zahnschmerzen)? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn30
	Bestehend seit: (Monaten) Bestehend seit: (Jahren)	x0pn22a x0pn22b	<u> </u> <u> </u> Monaten <u> </u> <u> </u> Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn23a x0pn23b	<u> </u> <u> </u> Tage/Monat <u> </u> <u> </u> Tage/Jahr		
x0pn24	Stärke der Schmerzen	x0pn24	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen		
	Beschreibung/Lokalisation:	x0pn25			
x0pn30	Welcher ist der Hauptschmerz?	x0pn30			
x0pn31	Wie groß ist die durch den Schmerz/die Schmerzen verursachte Beeinträchtigung im Alltag?	x0pn31	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Keine Beeinträchtigung... 10 = Sehr starke Beeinträchtigung		

Other diseases

x0ot01	Hatten Sie jemals permanente Verletzungen auf Grund eines Unfalls? (Arbeits-, Verkehrsunfall oder Unfall in der Freizeit)	x0ot01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ot11
x0ot01a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot01a				
	Wann? (Jahr)	x0ot01b, x0ot01c	<u> </u> Jahr	<u> </u> Bzw. damaliges Alter		
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0ot11
x0ot02a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot02a				
	Wann? (Jahr)	x0ot02b, x0ot02c	<u> </u> Jahr	<u> </u> Bzw. damaliges Alter		
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0ot11
x0ot03a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot03a				
	Wann? (Jahr)	x0ot03b, x0ot03c	<u> </u> Jahr	<u> </u> Bzw. damaliges Alter		
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0ot11
x0ot04a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04a				
	Wann? (Jahr)	x0ot04b, x0ot04c	<u> </u> Jahr	<u> </u> Bzw. damaliges Alter		
x0ot11	Haben Sie sonst eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ot21

x0ot11a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot11a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot11b, x0ot11c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot12a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot12a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot12b, x0ot12c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot13a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot13a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot13b, x0ot13c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot14a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot14a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot14b, x0ot14c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot15	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21

x0ot15a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot15a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot15b, x0ot15c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot16	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot16a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot16a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot16b, x0ot16c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot17	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot17a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot17a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot17b, x0ot17c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot18	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21
x0ot18a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot18a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot18b, x0ot18c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ Bzw. damaliges Alter	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot19	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21

x0ot19a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot19a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot19b, x0ot19c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ _____ damaliges Alter		
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot21	
x0ot20a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot20a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr)	x0ot20b, x0ot20c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ _____ damaliges Alter		
x0ot21	Hatten Sie irgendwelche Operationen über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0ot21a	Um welche Operation handelte es sich dabei? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot21a				
	Wann? (Jahr)	x0ot21b, x0ot21c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ _____ damaliges Alter		
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot22	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		end
x0ot22a	Um welche Operation handelte es sich dabei? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot22a				
	Wann? (Jahr)	x0ot22b, x0ot22c	_____ _____ _____ _____ Jahr	Bzw. _____ _____ damaliges Alter		
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot23	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		end

x0ot23a	Um welche Operation handelte es sich dabei? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot23a				
	Wann? (Jahr)	x0ot23b, x0ot23c	_____ _____ _____ _____ Jahr _____ _____ Bzw. damaliges Alter			
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot24	<input type="checkbox"/> 1 Ja		<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0ot24a	Um welche Operation handelte es sich dabei? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24a				
	Wann? (Jahr)	x0ot24b, x0ot24c	_____ _____ _____ _____ Jahr _____ _____ Bzw. damaliges Alter			
	INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.					

Algometer

	<p>Bei dieser Untersuchung soll Ihre Fähigkeit, Druckschmerz zu empfinden, getestet werden. Ich drücke jetzt gleich diesen Druckmesser gegen Ihren Finger. Das wird am Anfang nur ein Druckgefühl auslösen, und irgendwann wird der Druck dann schmerhaft. Sie sollen bitte sofort "Stopp" sagen, sobald Sie nicht mehr nur einen Druck verspüren, sondern ein Schmerz hinzukommt. Sie sollen also nicht abwarten, bis der Schmerz unerträglich wird, sondern sofort in dem Moment, wo der Schmerz anfängt, "Stopp" sagen. Ich zeige Ihnen das jetzt erst einmal am Mittelfinger, und die eigentliche Messung führen wir dann am linken Zeigefinger durch.</p>			
	Wert in kg einfügen	x0am01		__ __ . __
	Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:	x0am02	<input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts	

Family

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Eltern und Großeltern.</i>			
	Wann sind Sie geboren? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	c006	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> TT MM JJJJ	
fh01	Wie lauten Vor- und Nachname Ihrer Mutter? INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	fh01_1		
	Woher stammt sie? (Ortschaft)	fh01_2		
	Wann wurde sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)	fh01_3 fh01_4	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> TT MM JJJJ	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
fh02	Wie lauten Vor- und Nachname der Mutter Ihrer Mutter? (Großmutter mütterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.			
	Woher stammt sie? (Ortschaft)			
	Wann wurde Sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> TT MM JJJJ	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
fh03	Wie lauten Vor- und Nachname des Vaters Ihrer Mutter? (Großvater mütterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.			
	Woher stammt er? (Ortschaft)			
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> . <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> TT MM JJJJ	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>

fh04	Wie lauten Vor- und Nachname Ihres Vaters? INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		_____	
	Woher stammt er? (Ortschaft)		_____	
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ Jahr __ __ __	
fh05	Wie lauten Vor- und Nachname der Mutter Ihres Vaters? (Großmutter väterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		_____	
	Woher stammt sie? (Ortschaft)		_____	
	Wann wurde sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ Jahr __ __ __	
fh06	Wie lauten Vor- und Nachname des Vaters Ihres Vaters? (Großvater väterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		_____	
	Woher stammt er? (Ortschaft)		_____	
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ Jahr __ __ __	