

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><i>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.</i></p>			
	<p><i>Fürs Erste, sind Sie mit der Aufnahme des Interviews einverstanden? Diese wird zur Qualitätssicherung benötigt.</i></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	<p>INT: Namenskürzel eingeben (z.B. Stefan Mair -> MaS)</p>	x0_opint	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%;"></div>	
x0_sex	<p>(Geschlecht)</p> <p>INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.</p>	x0_sex	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2 Weiblich </div>	
x0_birthd	<p>Wann sind Sie geboren?</p> <p>INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.</p>	x0_birthd	<div style="display: flex; justify-content: center; gap: 10px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> T T . <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> M M . <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> J J J J </div>	
x0pe02	<p>Wie viele Brüder und Schwestern haben oder hatten Sie (inklusive möglicher verstorbener Geschwister), sie selbst ausgenommen?</p> <p>INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.</p>	x0pe02a x0pe02b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Anzahl der Brüder</p> <p>Anzahl der Schwestern</p> </div> <div style="text-align: right;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> </div> </div>	if x0pe02= 0 x0pe05
	<p>Wie viele Brüder leben noch?</p> <p>Wie viele Schwestern leben noch?</p>	x0pe02c x0pe02d	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div>	
x0pe04	<p>Sind sie ein Zwilling oder bei einer Zwillings- oder Mehrlingsgeburt zur Welt gekommen?</p>	x0pe04	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein </div>	
x0pe05	<p>Wo lebte Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?</p> <p>INT: Wo sind Sie aufgewachsen?</p>	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	<div style="margin-bottom: 10px;">Ort <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; display: inline-block;"></div></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Provinz <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; display: inline-block;"></div></div> <div style="margin-bottom: 10px;">Staat <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; display: inline-block;"></div></div>	

x0pe06	Betrachten Sie Liste 1: Welchen Familienstand haben Sie?	x0pe06	<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	
x0pe11	Wie viele leibliche Söhne und Töchter haben Sie? INT: Gemeint sind nur lebende Kinder.	x0pe11a	Anzahl der Söhne	
		x0pe11b	Anzahl der Töchter	
x0pe08	Gemäß Liste 2: Welches ist der höchste von Ihnen erworbene Schulabschluss?	x0pe08	<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	
x0pe09	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.	x0pe09		

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, ganztätig <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 <div style="background-color: #f2f2f2; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>2 Nein </div>	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	Seit (Jahr)	_ _ _ _	x0oc02a if x0oc01 = 2 x0rh01a
		x0oc13b	Bis (Jahr)	_ _ _ _	
		x0oc13c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {No}		
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	<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		
		x0oc02b	Anderes	_____	
		x0oc02c	Von (Jahr)	_ _ _ _	
		x0oc02d	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	<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)		
		x0oc03b	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 x0oc07b	<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 _____																																																																									
		x0oc07c x0oc07d	Von (Jahr) _ _ _ _ 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																																																																									
x0rh01 x0rh02 x0rh03 x0rh04 x0rh05 x0rh06 x0rh07 x0rh08 x0rh09 x0rh10	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 weitem Ort mindestens 1 Jahr lang gelebt? (x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10) <table border="0"> <thead> <tr> <th>Wo? (Ortschaft)</th> <th>Von (Jahr)</th> <th>Bis (Jahr)</th> <th colspan="3">ein weiterer Ort?</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td> _ _ _ _ </td> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td>⇒</td> </tr> </tbody> </table>			Wo? (Ortschaft)	Von (Jahr)	Bis (Jahr)	ein weiterer Ort?						Ja	Nein		_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒	<div style="background-color: #cccccc; text-align: center; padding: 10px;"> end </div>
Wo? (Ortschaft)	Von (Jahr)	Bis (Jahr)	ein weiterer Ort?																																																																									
			Ja	Nein																																																																								
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							
_____	_ _ _ _	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒																																																																							

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 benutzten 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 benutzten 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?		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ex21 Reinigungs-, Desinfektionsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex22 Abgasen von Motoren</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex23 Holzstaub</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex24 Getreidestaub</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex25 Stein- oder Glaswolle</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex26 Asbest</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		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	
	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?}		<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ex27 Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex28 Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex29 Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex30 Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex31 Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex32 Pflanzenschutzmitteln</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		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	
	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	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1 Ja</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2 Nein</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein																				
<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein																								

Birth

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Geburt und Entwicklung.</i>			
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	x0bi03
		x0bi01	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> In Gramm	
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	x0bi04
			<input type="checkbox"/> 3 Spätgeburt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	
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	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> 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	<hr/>		

Women

	Die nächsten Fragen beziehen sich auf das Gebiet der Gynäkologie.			if male end
x0wo01a	Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?	x0wo01a, x0wo01b x0wo01c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>1 Ich hatte bislang keine Regelblutung <input type="checkbox"/>2 Ich weiß es nicht </div>	
x0wo03	Benützen Sie zurzeit hormonale Verhütungsmittel (Kontrazeptiva)? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel und nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.		<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0wo04a
		x0wo03	<input type="checkbox"/> 6 Nein	
			<input type="checkbox"/> 7 Ich möchte nicht antworten	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 <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/>2 Nein <input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht </div>	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	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;"> _ _ Anzahl der Monate</div> <div style="text-align: center;"> _ _ bzw. Anzahl der Jahre</div> </div>	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 <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px; display: inline-block;"> <input type="checkbox"/>2 Nein <input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht </div>	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.					
x0fd01	Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	Rotes Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
x0fd02	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Wurstwaren, Schinken					
x0fd03	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Geflügel					
x0fd04	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Fisch					
x0fd05	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Kartoffeln					
x0fd06	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Teigwaren					
x0fd07	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					
x0fd07	Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	Reis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
x0fd08	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Salat oder Gemüse, roh zubereitet					
x0fd09	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Gemüse, gekocht					
x0fd10	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Frisches Obst					
x0fd11	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Schokolade, Pralinen					
x0fd12	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Kuchen, Gebäck, Kekse					
x0fd13	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					
x0fd13	Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	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
x0fd14	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Salzige Knabbereien wie gesalzene Erdnüsse, Chips, etc.					
x0fd15	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot (nicht Vollkornbrot)					
x0fd16	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Vollkornbrot, Schwarzbrot, Knäckebrot					
x0fd17	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Haferflocken, Müsli, Cornflakes					
x0fd18	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	Quark, Joghurt, Dickmilch					
	(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
x0fd25	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.						
x0fd25		Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd26	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
x0fd27	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
x0fd28	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
x0fd29	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
x0fd30	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 aufeinanderfolgenden 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alter <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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	Alter _ _		
		x0fd32b	<input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Jugendlicher <input type="checkbox"/> 3 Erwachsener		
	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)</p> <p>Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?</p>	<p>x0fd33a</p> <p>x0fd33b</p>	<p>Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind</p> <p><input type="checkbox"/>2 Jugendlicher</p> <p><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> <p>x0fd33f</p>
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt amerikanischen Kaffee/Filterkaffee getrunken?</p>	<p>x0fd33d, x0fd33e</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Alter</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 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?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	x0fd33f	<p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
x0fd34	<p>Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltige Coca-Cola getrunken?</p> <p>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>	end
	<p>Wann haben Sie begonnen regelmäßig Coca-Cola zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?</p>	<p>x0fd34a</p> <p>x0fd34b</p>	<p>Alter <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind</p> <p><input type="checkbox"/>2 Jugendlicher</p> <p><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> <p>x0fd34f</p>

	<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>	<p>x0fd34d, x0fd34e</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Alter</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Oder wie viele Jahre lang</div> </div>	
<p>x0fd34f</p>	<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>	<p>x0fd34f</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	

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?	x0al02a	<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?	x0al02b	<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 x0al03b x0al03c x0al03d x0al03e x0al03f	<p>Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Alkoholhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																		
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 Werktage berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 4 Tage.</p> <p>Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.</p>	x0al04a x0al04b x0al04c x0al04d x0al04e x0al04f	<p>Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Alkoholhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l) <input type="text"/> <input type="text"/></p>	end																																	
x0al05a	<p>Gemäß Liste 15: Warum haben Sie in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol/sehr wenig Alkohol getrunken?</p>	x0al05a x0al05b x0al05c x0al05d x0al05e x0al05f x0al05g x0al05h	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vorliegen einer Erkrankung</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Andere gesundheitliche Gründe/zum Schutz meiner Gesundheit</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Empfehlung eines Arztes</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Finanzielle Gründe</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Religiöse Gründe</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>Ich bin trockene/r Alkoholiker/in</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><hr/></td> </tr> <tr> <td>Andere Gründe</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Weiß nicht</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Vorliegen einer Erkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Andere gesundheitliche Gründe/zum Schutz meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Empfehlung eines Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Finanzielle Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Religiöse Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<hr/>			Ich bin trockene/r Alkoholiker/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<hr/>			Andere Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	end
	Ja	Nein																																			
Vorliegen einer Erkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
Andere gesundheitliche Gründe/zum Schutz meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
Empfehlung eines Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
Finanzielle Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
Religiöse Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
<hr/>																																					
Ich bin trockene/r Alkoholiker/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
<hr/>																																					
Andere Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																																			

x0a106a	Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken begonnen? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0a106a, x0a106b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>	
x0a107a	Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken aufgehört? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0a107a, x0a107b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>	

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 anfangen zu rauchen? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Alter (Jahre)	__ __	
x0sm34	Wie alt waren Sie, als Sie anfangen täglich zu rauchen? INT: Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm34	Alter (Jahre)	__ __	
		x0sm34a	<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	Anzahl der Zigaretten pro Tag:	__ __	
		x0sm36	Anzahl der Zigarillos pro Tag:	__ __	
		x0sm37	Anzahl der Zigarren pro Woche:	__ __	
		x0sm38	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	Anzahl der Zigaretten pro Tag:	__ __	
		x0sm42	Anzahl der Zigarillos pro Tag:	__ __	
		x0sm43	Anzahl der Zigarren pro Woche:	__ __	
		x0sm44	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
x0cd14	Wurde eine Vaskulitis (Entzündungen der kleinen Nierengefäße) (inklusive Lupus erythematodes) 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		

Cancer

x0ca00	Ist bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert worden? INT: Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0ca00a	Wie viele Krebserkrankungen hatten Sie?	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. (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 Lymphdrüsenkrebs handelte. (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>				
	Jahr Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt? Nein Ja	Krankenhaus		end if x0ca00a
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡			= 1
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡			= 2
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡			= 3
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡			= 4
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 ➡			

Diabetes

x0dm00	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Diabetes diagnostiziert?	x0dm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="border-left: 1px dashed black; width: 10px; height: 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> <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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Jahr Bzw. damaliges Alter </div>	
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!		<input type="checkbox"/> 1 Nur mit Tabletten	end
		x0dm03	<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
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> Jahr Bzw. damaliges Alter </div>	

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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki01d	_____		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki04d	_____		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki05d	_____		
x0ki07	Wurden Nierensteine diagnostiziert?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki08

x0ki13a	Jahr der dritten Transplantation	x0ki13a, x0ki13b	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		if x0ki10a = 3 x0ki19
x0ki14a	Jahr der vierten Transplantation	x0ki14a, x0ki14b	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		if x0ki10a = 4 x0ki19
x0ki15a	Jahr der fünften Transplantation	x0ki15a, x0ki15b	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div> <div> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		

Blood values

x0bl01	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhter Blutdruck oder Bluthochdruck festgestellt?</p> <p>INT: Bitte Frage langsam vorlesen!</p> <p>Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!</p>	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bl02
x0bl01b	<p>Wie alt waren Sie als dies zum ersten Mal festgestellt wurde?</p> <p>INT: Alter angeben.</p> <p>Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.</p>	x0bl01b	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Damaliges Alter	if sex = male x0bl02
x0bl01c	<p>War dies nur während einer Schwangerschaft?</p>	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0bl02	<p>Haben Sie jemals Medikamente gegen Bluthochdruck oder erhöhten Blutdruck eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?</p>	x0bl02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bl12
	<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>	x0bl02a	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Damaliges Alter	
	<p>Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?</p>	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	x0bl12
	<p>Wann haben Sie aufgehört deswegen Medikamente einzunehmen?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren</p>	x0bl02c	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Damaliges Alter	
x0bl12	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhte Blutfette (Cholesterin- oder Triglyzeridwerte) festgestellt?</p>	x0bl12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0bl12a	<p>Haben Sie deswegen jemals Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?</p>	x0bl12a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end

	Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div> </div> 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	<p>Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert?</p> <p>If YES: In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>1. Unterfunktion (Hypothyreose)</p> <p>2. Hashimoto-Thyreoiditis</p> <p>3. Überfunktion (Hyperthyreose)</p> <p>4. Morbus Basedow</p> <p>5. Struma (Kropf)</p> <p>6. Knoten</p> <p>7. Karzinom (Krebs)</p>	<p>x0th02, x0th02a</p> <p>x0th07, x0th07a</p> <p>x0th01, x0th01a</p> <p>x0th05, x0th05a</p> <p>x0th03, x0th03a</p> <p>x0th04, x0th04a</p> <p>x0th06, x0th06a</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Ich weiß</p> <p>Nein es nicht Ja</p> </div> <div> <p>Jahr der Diagnose</p> </div> </div> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 ➡ Jahr _ _ _ _ </p>			
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		
<p>if sex = female AND children >0 => x0th08</p> <p>if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => x0th12</p> <p>if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => x0th12</p>						
	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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
	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	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>						
x0th13	Gemäß Liste 19: Haben Sie sich jemals einer Schilddrüsenentherapie 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) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
	Bis wann wurde die Behandlung durchgeführt? INT: Falls die Behandlung gegenwärtig durchgeführt wird, Jahr 3000 kodieren	x0th13b	Bis (Jahr) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>						
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?		[CHECKBOX]	Ja	Nein				
		x0th14a	Mutter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
		x0th14b	Vater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
		x0th14c	Bruder/Brüder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
		x0th14d	Schwester(n)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
		x0th14e	Sohn/Söhne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
		x0th14f	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 <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht																							
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 x0mi05b x0mi05c x0mi05d x0mi05e x0mi05f	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Ja</th><th style="text-align: center;">Nein</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hinter dem Brustbein</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>Linke vordere Brust</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>Hals/Kieferwinkel</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>Linke Schulter</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td>Anderes</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td></tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr> </tbody> </table>			Ja	Nein	Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Linke Schulter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Anderes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2				
	Ja	Nein																								
Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
Linke Schulter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																								
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 Herzkranzgefäße? INT: Arterienverkalkung der Herzkranzgefäße 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div>Jahr</div> <div style="margin-left: 50px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div>		
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)				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Jahr</div> <div>Stationär behandelt? Nein Ja</div> <div>Krankenhaus</div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>⇒ _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>⇒ _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>⇒ _____</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div><input type="checkbox"/>2</div> <div><input type="checkbox"/>1</div> <div>⇒ _____</div> </div> </div>				x0mi16 if x0mi10 = 1 = 2 = 3 = 4 <hr style="border-top: 1px dashed black;"/>
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf05c	_____		
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	_____		
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	_____		
	In welchem Jahr hat das EKG zum ersten Mal auffällige Befunde gezeigt?	x0hf07a, x0hf07b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div><div><div></div><div></div><div></div><div></div></div><div>Jahr</div></div> <div><div><div></div><div></div></div><div>Bzw. damaliges Alter</div></div>	
--	---------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Jahr</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</div> </div>			
	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?		Ja Nein			
		x0af03a	Herzrasen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03b	Herzstolpern	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03c	Schwäche/Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03d	Atemnot	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03e	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03f	Unruhe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03g	Schwindel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
		x0af03h	Andere	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0		
x0af03i	Beschreiben Sie die anderen Beschwerden	x0af03i	_____			
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

	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	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine periphere arterielle Verschlusskrankheit („Schaufensterkrankheit“, schlechte Durchblutung der Beine oder verschlossene oder verengte Beinarterien) diagnostiziert?</p> <p>INT: Krampfadern oder Venenentzündungen nicht miteinbeziehen</p>	x0ci01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ci03
x0ci02	<p>Wurde bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:</p>	<p>x0ci02a</p> <p>x0ci02b</p> <p>x0ci02c</p>	<p style="text-align: right;">Ja Nein Weiß nicht</p> <p>Angiografie (Kontrastmittel, in eine Beinarterie injiziert)? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3</p> <p>Angioplastie (Ballonkatheter um einen Verschluss zu öffnen)? <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3</p> <p>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</p>	
x0ci03	<p>Haben Sie jemals Krampfadern in den Beinen gehabt? (ausschliesslich Krampfadern die während einer Schwangerschaft aufgetreten sind)</p>	x0ci03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci04	<p>Haben Sie jemals eine Venenentzündung bei oberflächlichen Beinvenen gehabt?</p>	x0ci04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci05	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lungenembolie oder Blutgerinnsel in der Lunge diagnostiziert?</p>	x0ci05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0ci06	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine tiefe Venenthrombose oder Blutgerinnsel in den Beinen diagnostiziert?</p>	x0ci06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	<p>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?</p>	x0ci06a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

	<p>Wurden bei Ihnen jemals ambulant Untersuchung (z.B. Ultraschall) wegen Blutgerinnsel in den Beinen, auch tiefe Venenthrombose oder TVT genannt, durchgeführt?</p>	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Jahr</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>			
	Beschreiben Sie die Situation möglichst genau:	x0st21c				
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	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">M M</div> </div> <div style="font-size: 20px;">.</div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">J J J J</div> </div> </div>			
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 Doppeltdsehen?	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?		<input type="checkbox"/> 1 Ja		x0st11
		x0st10a	<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

x0ne09	<p>Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Epilepsie diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0ne09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne10
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Epilepsie diagnostiziert?	x0ne09a, x0ne09b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
x0ne10	<p>Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Fieberkrämpfe (meist als Kind) diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0ne10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne02
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Fieberkrämpfe diagnostiziert?	x0ne10a, x0ne10b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
x0ne02	<p>Haben Sie unkontrolliertes Zittern?</p> <p>INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zittriger oder kleiner geworden.</p> <p>Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0pk01
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne03
	Wann? (Jahr)	x0ne02b, x0ne02c	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne02d	<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	
x0ne03	Wo zittern Sie (Arme, Beine, Kopf,...):	x0ne03a	_____	
	Zittern Sie in Ruhe, z.B. wenn Sie auf dem Divan sitzen und Fernsehen schauen? (Ruhetremor)	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

	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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
x0ne08	Leiden Sie an Missempfindungen, 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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		

	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	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 erfolglos 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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>die sich auf eine Kopfhälfte beschränken?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die bei Ihnen beidseitig auftreten?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die einen pulsierenden oder pochenden Charakter haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> </table>		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		
	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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Ja</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">Nein</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>die plötzlich an einer einzigen Stelle des Kopfes auftreten und nur für Sekunden stechend anhalten?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die durch körperliche Aktivität, z.B. beim Treppensteigen, verstärkt werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>die von Übelkeit begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> <td></td> </tr> </table>		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		
	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>	x0mg13 x0mg14 x0mg15 x0mg16 x0mg17	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>die von Erbrechen begleitet werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	die von Erbrechen begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Ja	Nein																				
die von Erbrechen begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen?	<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>	x0mg18 x0mg19 x0mg20	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines, oder Sprachstörungen einhergehen?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines, oder Sprachstörungen einhergehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2							
	Ja	Nein																				
die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines, oder Sprachstörungen einhergehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																				
x0mg21	<p>Wie lange leiden Sie schon an Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Jahren an.</p>	x0mg21	<table border="0"> <tr> <td></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																			
x0mg22	<p>Wie würden Sie die Stärke Ihrer Kopfschmerzen durchschnittlich einstufen?</p>	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:		Ja Nein			
		x0pn05a	lumbal (Lendenwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn05b	thorakal (Brustwirbelsäule)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn05c	zervikal (Halswirbelsäule)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
x0pn06a	Ausstrahlung:		Ja Nein			
		x0pn06a	Bein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
		x0pn06b	Arm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
x0pn02a	Seit wann bestehen Sie?	x0pn02a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Monaten</div> </div>			
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn02b				<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Jahren</div> </div>
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Monat</div> </div>			
		x0pn03b				<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Jahr</div> </div>
	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?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn21	
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.					
	Bestehend seit: (Monaten)	x0pn12a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Monaten</div> </div>			
	Bestehend seit: (Jahren)	x0pn12b				<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Jahren</div> </div>
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Monat</div> </div>			
		x0pn13b				<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Jahr</div> </div>
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	<input type="text"/> <input type="text"/> Monaten <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn23a x0pn23b	<input type="text"/> <input type="text"/> Tage/Monat <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	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	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> <div></div><div></div><div></div><div></div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div><div></div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
	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	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.					

Algometer

	<p><i>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 schmerzhaft. 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.</i></p>			
	Wert in kg einfügen	x0am01	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block;"></div>	

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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">T</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">T</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 0 10px;">.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 0 10px;">.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> </div>

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.		<div></div>	
	Woher stammt er? (Ortschaft)		<div></div>	
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)		<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>T T</div> </div> <div>·</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>M M</div> </div> <div>·</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>J J J J</div> </div> </div> <div>Jahr</div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div>	