

Table of Contents

PERSON	2
OCCUPATION.....	4
BIRTH	8
PHYSICAL ACTIVITY (IPAQ-SHORT).....	10
NUTRITION	12
ALCOHOL	17
SMOKING	20
VACCINATION.....	25
CHRONIC DISEASES.....	26
PAIN	31
CANCER	33
DIABETES.....	34
BLOOD VALUES.....	35
THYROID DISEASES	36
MYOCARDIAL INFARCTION	37
HEART FAILURE	40
CARDIAC ARRHYTHMIAS	43
STROKE.....	46
KIDNEY DISEASES.....	47
NEUROLOGY	53
MIGRAINE	60
OTHER DISEASES.....	62
WOMEN	64
EXPOSURE	66
ALGOMETER	68
FAMILY	69

Version in use between 2011-08-24 and 2012-11-02

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	INT: Namenskürzel eingeben (z.B. Stefan Mair -> MaS)	x0_opint	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>	
x0_sex	(Geschlecht) INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2 Weiblich	
x0_birthd	Wann sind Sie geboren? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; display: inline-block; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small; margin-top: 5px;"> TTMMJJJJ </div>	
x0pe02	Wie viele Geschwister haben oder hatten Sie (inklusive möglicher verstorbener Geschwister), sie selbst ausgenommen? INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.	x0pe02	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>	if x0pe02= 0 x0pe05
	Als wievieltens Kind Ihrer Mutter wurden Sie geboren? INT: z.B.: Wenn Sie das erste Kind waren: 1	x0pe03	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block; margin-left: 10px;"></div>	
x0pe04	Sind sie ein Mehrling oder bei einer Mehrlingsgeburt zur Welt gekommen?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0pe05	Wo lebte Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? INT: Wo sind Sie aufgewachsen?	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	Ort <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-left: 10px;"></div> Provinz <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-left: 10px;"></div> Staat <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-left: 10px;"></div>	

x0pe06	Betrachten Sie Liste 1: Welchen Familienstand haben Sie?	x0pe06	<input type="checkbox"/> 1 Verheiratet/Zusammenlebend/Partnerschaft <input type="checkbox"/> 2 Getrennt <input type="checkbox"/> 3 Geschieden <input type="checkbox"/> 4 Verwitwet <input type="checkbox"/> 5 Single/noch nie verheiratet <input type="checkbox"/> 6 Ich möchte nicht antworten	
x0pe07	Wie viele Personen leben aktuell in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingerechnet?	x0pe11a	<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>	
x0pe08	Gemäß Liste 2: Was ist Ihre höchste Schulbildung?	x0pe08	<input type="checkbox"/> 1 Keine Schule besucht <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? INT: Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium.	x0pe09	<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>	if x0pe08 > 1 & x0pe09 > 5 end
x0pe10	Können Sie die Tageszeitung lesen und einen Brief schreiben?	x0pe10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

Occupation

	Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihren Beruf und Ihre familiäre Umgebung.			
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	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 ...?		<input type="checkbox"/> 1 Arbeitslos	
		x0oc10	<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	
x0oc12	Haben Sie in den letzten beiden Jahren Arbeitslosengeld bezogen?	x0oc12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein

		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	⇒	end
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	⇒																																																																							

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 äußerst geringen Überlebenschancen.	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bi03
		x0bi01	_ _ _ 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	
x0bi02a	In welcher Schwangerschaftswoche befand sich Ihre Mutter zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? INT: Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bi04
		x0bi02	_ _ In Wochen	
x0bi04	Gemäß Liste 7: Wie wurden Sie geboren?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 1 Normale vaginale Geburt <input type="checkbox"/> 2 Vaginale Geburt unter Zuhilfenahme einer Geburtszange oder eines Vakuums <input type="checkbox"/> 3 Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	

x0bi05	Gemäß Liste 8: Wie lange wurden Sie als Kind gestillt?	x0bi05	<div> <input type="checkbox"/> 1 Ich wurde nicht gestillt </div> <div> <input type="checkbox"/> 2 Ich wurde gestillt, aber ich weiß nicht wie lange </div> <div> <input type="checkbox"/> 3 0-2 Wochen </div> <div> <input type="checkbox"/> 4 2-4 Wochen </div> <div> <input type="checkbox"/> 5 1-3 Monate </div> <div> <input type="checkbox"/> 6 3-6 Monate </div> <div> <input type="checkbox"/> 7 Länger als 6 Monate </div> <div> <input type="checkbox"/> 8 Ich weiß es nicht ob ich gestillt wurde </div>		
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 angeben	x0bi06a	<hr/>		

Physical Activity (IPAQ-short)

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit.</i>			
p1	<p>Denken Sie an all Ihre anstrengenden Aktivitäten in den vergangenen 7 Tagen.</p> <p>Anstrengende Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal. Denken Sie dabei nur an körperliche Aktivitäten, die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben.</p>			
x0ip01	<p>An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie anstrengende körperliche Aktivitäten wie schweres Heben, Aerobic oder schnelles Fahrradfahren betrieben?</p> <p>INT: Fahrradfahren zur Arbeit ist nicht miteinzubeziehen, da dies als moderate körperliche Aktivität gilt.</p>	x0ip01	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Tage	if x0ip01 = 0 p2
x0ip01a	<p>Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit anstrengender körperlicher Aktivität verbracht?</p>	x0ip01a x0ip01b x0ip01c	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Stunden pro Tag <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	
p2	<p>Denken Sie an all Ihre moderaten Aktivitäten in den vergangenen 7 Tagen.</p> <p>Moderate Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten mit moderater körperlicher Anstrengung bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal. Denken Sie dabei nur an körperliche Aktivitäten, die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben.</p>			
x0ip02	<p>An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie moderate körperliche Aktivitäten wie Tragen leichter Lasten, Radfahren mit gemüthlicher Geschwindigkeit oder ein Doppel-Tennis verrichtet?</p> <p>Fußwegstrecken bitte nicht mit einbeziehen.</p>	x0ip02	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Tage	if x0ip02= 0 p3
x0ip02a	<p>Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit moderater körperlicher Aktivität verbracht?</p> <p>INT: Spazierengehen ist nicht mit einzuberechnen.</p>	x0ip02a x0ip02b x0ip02c	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Stunden pro Tag <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	
p3	<p>Denken Sie an alle Fußwege (das zu Fuß gehen) in den letzten 7 Tagen. Dies beinhaltet Wege bei der Arbeit, zu Hause, Botenwege, sowie Wegestrecken um von einem Ort zum anderen zu gelangen und andere Spaziergänge, die Sie nur zur Erholung, Sport, Training oder als Freizeitaktivität gemacht haben.</p>			

x0ip03	An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie Fußwegstrecken von mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung zurückgelegt?	x0ip03	_ _ Tage	if x0ip03= 0 p4
x0ip03a	Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit Wegstrecken zu Fuß verbracht?	x0ip03a	_ _ Stunden pro Tag	
		x0ip03b	_ _ Minuten pro Tag	
		x0ip03c	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	
p4	Bei der letzten Frage geht es um die Zeit, die Sie (unter der Woche) bei der Arbeit, zu Hause, bei Seminaren und in der Freizeit im Sitzen verbracht haben. Dies kann Zeit beinhalten (innerhalb Ihrer Arbeit, zu Hause, Freizeit) wie Sitzen am Schreibtisch, Besuchen von Freunden und vor dem Fernseher sitzen oder liegen.			
x0ip04a	Wie viel Zeit in Minuten oder Stunden haben Sie in den vergangenen 7 Tagen mit Sitzen an Wochentagen verbracht?	x0ip04a	_ _ Stunden pro Tag	
		x0ip04b	_ _ Minuten pro Tag	
		x0ip04c	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	

Nutrition

	Gemäß Liste 9: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich? INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd01	Rotes Fleisch (ohne Wurstwaren)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd02	Wurstwaren, Schinken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd03	Geflügel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd04	Fisch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd05	Kartoffeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd06	Teigwaren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	(Gemäß Liste 9: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd07	Reis	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd08	Salat oder Gemüse, roh zubereitet	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd09	Gemüse, gekocht	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd10	Frisches Obst	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd11	Schokolade, Pralinen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd12	Kuchen, Gebäck, Kekse	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	(Gemäß Liste 9: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
		Fast täglich	Mehrals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd13	Sonstige Süßwaren (Bonbons u.ä.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd14	Salzige Knabbereien wie gesalzene Erdnüsse, Chips, etc.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd15	Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot (nicht Vollkornbrot)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd16	Vollkornbrot, Schwarzbrot, Knäckebrot	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd17	Haferflocken, Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
x0fd18	Quark, Joghurt, Dickmilch	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₆
	(Gemäß Liste 9: 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% 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
x0fd20	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
x0fd21	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
x0fd22	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
x0fd23	Margarine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd24	Margarine, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
(Gemäß Liste 9: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.							
		Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd25	Butter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd26	Butter, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd27	Diätlimonade, sonstige Diätgetränke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd28	Obstsäfte, sonstige Erfrischungsgetränke (Limonaden,Cola,etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd29	Mineralwasser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd30	Halten Sie eine bestimmte Diät oder Ernährungsweise ein?	x0fd30	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein				
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="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Jugendlicher <input type="checkbox"/> 3 Erwachsener				
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig Espresso/Mokka-Kaffee? (Mindestens 1x im Monat)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 Nein		<input type="checkbox"/> 1 Ja		x0fd31f

	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Espresso/Mokka-Kaffee zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Espresso/Mokka-Kaffee getrunken?</p>	<p>x0fd31d, x0fd31e</p>	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Alter</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Oder wie viele Jahre lang</div> </div> </div>	
x0fd31f	<p>Wie viele Tassen Espresso/Mokka-Kaffee (ca. 40 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	<p>x0fd31f</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	
x0fd32	<p>Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat Schwarztee getrunken?</p> <p>INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate</p>	<p>x0fd32</p>	<div> <div> <input type="checkbox"/>1 Ja </div> <div> <input type="checkbox"/>2 Nein </div> <div> <input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht </div> </div>	x0fd33
	<p>Wann haben Sie begonnen regelmäßig Schwarztee zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?</p>	<p>x0fd32a</p> <p>x0fd32b</p>	<div> <div>Alter</div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <input type="checkbox"/>1 Kind </div> <div> <input type="checkbox"/>2 Jugendlicher </div> <div> <input type="checkbox"/>3 Erwachsener </div> </div>	
	<p>Trinken Sie zurzeit regelmäßig Schwarztee? (Mindestens 1x im Monat)</p>	<p>x0fd32c</p>	<div> <div> <input type="checkbox"/>2 Nein </div> <div> <input type="checkbox"/>1 Ja </div> </div>	x0fd32f
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Schwarztee zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Schwarztee getrunken?</p>	<p>x0fd32d, x0fd32e</p>	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Alter</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>Oder wie viele Jahre lang</div> </div> </div>	
x0fd32f	<p>Wie viele Tassen Schwarztee (ca. 125 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	<p>x0fd32f</p>	<div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div>	

x0fd33	Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltigen amerikanischen Kaffee (Filterkaffee) getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0fd34
	Wann haben Sie begonnen regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?	x0fd33a	Alter _ _ 		
		x0fd33b	<input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Jugendlicher <input type="checkbox"/> 3 Erwachsener		
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee? (Mindestens 1x im Monat)	x0fd33c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0fd33f
	Wann haben Sie aufgehört regelmäßig amerikanischen Kaffee/Filterkaffee zu trinken? (Alter) Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt amerikanischen Kaffee/Filterkaffee getrunken?	x0fd33d, x0fd33e	 _ _ Alter _ _ Oder wie viele Jahre lang		
x0fd33f	Wie viele Tassen amerikanischen Kaffee/Filterkaffee (ca. 125 ml) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken? INT: Falls weniger als 1 Tasse pro Tag getrunken wird, im entsprechenden Feld 0 angeben.	x0fd33f	 _ _ 		
x0fd34	Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltige Coca-Cola getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd34	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	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>Alter</p> <p> _ _ </p>		
		<p>x0fd34b</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>	<p>x0fd34c</p> <p><input type="checkbox"/>2 Nein</p>	<p><input type="checkbox"/>1 Ja</p>	x0fd34f
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Coca-Cola zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Coca-Cola getrunken?</p>	<p>x0fd34d, x0fd34e</p>	<p> _ _ _ _ </p> <p>Alter Oder wie viele Jahre lang</p>	
x0fd34f	<p>Wie viele Dosen Coca-Cola (33 cl) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	<p>x0fd34f</p>	<p> _ _ </p>	

Alcohol

x0al00	Haben Sie jemals Alkohol getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0al01	Gemäß Liste 10: 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 11: 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 11: 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>	x0al08a																											
x0al05a	<p>Gemäß Liste 12: 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>Ich bin trockene/r Alkoholiker/in</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</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	Ich bin trockene/r Alkoholiker/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Andere Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0al08a x0al08a
	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																													
Ich bin trockene/r Alkoholiker/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Andere Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													
Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																													

x0a106a	<p>Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken begonnen?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0a106a, x0a106b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
x0a107a	<p>Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken aufgehört?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0a107a, x0a107b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
x0a108a	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger Alkohol zu trinken?	x0a108a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0a108b	Hat es Sie schon einmal aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisierten?	x0a108b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0a108c	Haben Sie jemals wegen Ihres Alkoholkonsums Gewissensbisse gehabt?	x0a108c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0a108d	Haben Sie jemals als erstes morgens Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder Ihren Kater loszuwerden?	x0a108d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

Smoking

x0sm00	Rauchen Sie zurzeit Zigaretten?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm05
x0sm01a	In welchem Jahr haben Sie mit dem Zigarettenrauchen begonnen oder wie alt waren Sie damals? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm01a, x0sm01b	<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; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; 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: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
x0sm02	Rauchen Sie regelmäßig oder gelegentlich; gelegentlich, d.h. gewöhnlich weniger als eine Zigarette pro Tag?	x0sm02	<input type="checkbox"/> 1 Regelmäßig	<input type="checkbox"/> 2 Gelegentlich	x0sm04
x0sm03	Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?	x0sm03	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		
x0sm04	Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, das Rauchen aufzugeben?	x0sm04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		x0sm10
x0sm05	Haben Sie jemals Zigaretten geraucht? Rauchen von Zigarren, Pfeife usw. ist nicht gemeint. INT: Gelegentlich heißt gewöhnlich weniger als eine Zigarette pro Tag.	x0sm05	<input type="checkbox"/> 1 Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> 2 Ja, gelegentlich		
			<input type="checkbox"/> 4 Nein		x0sm10
x0sm06a	In welchem Jahr haben Sie mit dem Zigarettenrauchen begonnen oder wie alt waren Sie damals? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm06a, x0sm06b	<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; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; 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: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
x0sm07	Gemäß Liste 13: Wann haben Sie mit dem Zigarettenrauchen aufgehört? INT: Jahr oder Alter angeben wenn der Proband vor mehr als 1 Jahr aufgehört hat. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0sm07	<input type="checkbox"/> 1 Vor weniger als 1 Monat <input type="checkbox"/> 2 Vor 1-3 Monaten <input type="checkbox"/> 3 Vor 4-6 Monaten <input type="checkbox"/> 4 Vor 7-12 Monaten <input type="checkbox"/> 5 oder mehr als 1 Jahr, nämlich:		
		x0sm07a, x0sm07b	<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; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; 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: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
x0sm08	Wie viele Zigaretten rauchten Sie damals durchschnittlich pro Tag?	x0sm08	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>		

x0sm10	Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 20 Mal Pfeife geraucht? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0sm14
	Wann haben Sie begonnen? (Jahr)	x0sm11a, x0sm11b	<div> <div> _ _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
x0sm12a	Rauchen Sie immer noch Pfeife oder bis wann haben Sie geraucht? Bis (Jahr) Oder bis jetzt INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm12a, x0sm12b x0sm12c	<div> <div> _ _ _ _ _ </div> <div>Bis (Jahr)</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> <div> <input type="checkbox"/>1 bis jetzt <input type="checkbox"/>2 {Nein} </div>		
x0sm13a	Wie oft rauchen oder rauchten Sie durchschnittlich Pfeife:	x0sm13a x0sm13b	<div> <div> _ _ </div> <div>pro Tag?</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>pro Monat?</div> </div>		
x0sm14	Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 20 Mal Zigarre geraucht? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0sm18
	Wann haben Sie begonnen? (Jahr)	x0sm15a, x0sm15b	<div> <div> _ _ _ _ _ </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>		
x0sm16a	Rauchen Sie immer noch Zigarre oder bis wann haben sie geraucht? Bis (Jahr) Oder bis jetzt INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm16a, x0sm16b x0sm16c	<div> <div> _ _ _ _ _ </div> <div>Bis (Jahr)</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> <div> <input type="checkbox"/>1 bis jetzt <input type="checkbox"/>2 {Nein} </div>		

x0sm17a	Wie viele Zigarren rauchen oder rauchten Sie durchschnittlich:	x0sm17a	_ _ _ pro Tag?		
		x0sm17b	_ _ _ pro Monat?		
x0sm18	Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 20 Mal Tabak gekaut? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm18	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0sm22
	Wann haben Sie begonnen? (Jahr)	x0sm19a, x0sm19b	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter		
x0sm20a	Kauen Sie immer noch Tabak oder bis wann haben sie Tabak gekaut? Bis (Jahr) Oder bis jetzt INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm20a, x0sm20b x0sm20c	_ _ _ _ _ _ _ Bis (Jahr) Bzw. damaliges Alter <input type="checkbox"/> 1 bis jetzt <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		
x0sm21a	Wie oft kauen Sie durchschnittlich Tabak oder haben Tabak gekaut:	x0sm21a	_ _ _ pro Tag?		
		x0sm21b	_ _ _ pro Monat?		
x0sm22	Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 20 Mal Schnupftabak geschnupft? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren.	x0sm22	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0sm26
	Wann haben Sie begonnen? (Jahr)	x0sm23a, x0sm23b	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter		

x0sm24a	Schnupfen Sie immer noch Tabak oder bis wann haben sie Tabak geschnupft? Bis (Jahr) Oder bis jetzt INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. Wenn der Proband immer noch raucht, beim Feld oder bis jetzt mit "bis jetzt" wählen, ansonsten Feld leer lassen.	x0sm24a, x0sm24b x0sm24c	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ Bis (Jahr) </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/>1 bis jetzt <input type="checkbox"/>2 {Nein} </div>	
x0sm25a	Wie oft schnupfen Sie durchschnittlich Tabak oder haben Tabak geschnupft:	x0sm25a x0sm25b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> _ _ pro Tag?</div> <div style="text-align: center;"> _ _ pro Monat?</div> </div>	
x0sm26	Wird zuhause in Ihrer Gegenwart geraucht? INT: Passivrauchen	x0sm26	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm29
x0sm26a	Seit wann? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0sm26a x0sm26b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Von (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Bis (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div>	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm27	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm29
x0sm27a	Seit wann?	x0sm27a x0sm27b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Von (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Bis (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div>	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm28	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm29
x0sm28a	Seit wann?	x0sm28a x0sm28b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Von (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Bis (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div>	
x0sm29	Halten Sie sich beruflich in Räumen auf wo andere rauchen?	x0sm29	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0sm29a	Seit wann?	x0sm29a x0sm29b	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Von (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>Bis (Jahr)</div> <div> _ _ _ _ </div> </div>	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm30	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	end

x0sm30a	Seit wann?	x0sm30a	Von (Jahr)	_ _ _ _	
		x0sm30b	Bis (Jahr)	_ _ _ _	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm31	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0sm31a	Seit wann?	x0sm31a	Von (Jahr)	_ _ _ _	
		x0sm31b	Bis (Jahr)	_ _ _ _	

Vaccination

	Sind Sie in den letzten 10 Jahren gegen die folgenden Krankheiten geimpft worden?				
	Wundstarrkrampf (Tetanus)	x0va01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Diphtherie	x0va02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Kinderlähmung (Poliomyelitis)	x0va03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Hirnhautentzündung nach Zeckenbiss (FSME)	x0va04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Virusgrippe allgemein	x0va05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Schweinegrippe	x0va06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	(Sind Sie in den letzten 10 Jahren gegen die folgenden Krankheiten geimpft worden?)				
	Typhus	x0va07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Röteln	x0va08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Masern	x0va09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Mumps	x0va10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Tuberkulose	x0va11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Hepatitis B	x0va12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Sind sie in den letzten 10 Jahren gegen eine weitere, noch nicht genannte Erkrankung geimpft worden? INT: Ggf. Mit Impfpass abgleichen	x0va13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Bitte angeben welche	x0va13a	_____		

Chronic diseases

x0cd01	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lebererkrankung diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd02
	In welchem Jahr wurde diese 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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Lebererkrankung?	x0cd01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd02
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd01d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd02	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Magenschleimhautentzündung, Gastritis diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd03
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd02a, x0cd02b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Magenschleimhautentzündung, Gastritis?	x0cd02c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd03
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd02d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd03	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd04
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd03a, x0cd03b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür?	x0cd03c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd04
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd03d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

x0cd04	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine entzündliche Darmerkrankung diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd05
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd04a, x0cd04b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine entzündliche Darmerkrankung?	x0cd04c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd05
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd04d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd05	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Gallenblasenentzündung oder Gallensteine diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd06
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd05a, x0cd05b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Gallenblasenentzündung oder Gallensteine?	x0cd05c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd06
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd05d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd06	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Gicht, erhöhte Harnsäurewerte 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	x0cd07
	In welchem Jahr wurde diese 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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Gicht, erhöhte Harnsäurewerte?	x0cd06c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd07
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd06d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

x0cd07	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine entzündliche Gelenkerkrankung, z.B. chronische Polyarthritis diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd08
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd07a, x0cd07b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine entzündliche Gelenkerkrankung?	x0cd07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd08
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd07d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd08	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft-, Knie-, Schulter- oder Fußgelenke diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd09
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd08a, x0cd08b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Probleme wegen Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft-, Knie-, Schulter oder Fußgelenke?	x0cd08c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd09
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd08d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd09	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Abnutzungserscheinung der Wirbelsäule wie z.B. Bandscheibenvorfall oder Kreuzschmerz diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0cd09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd10
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd09a, x0cd09b	<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>		

	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Probleme wegen einer Abnutzungserscheinung der Wirbelsäule?	x0cd09c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd10
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd09d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd10	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Osteoporose, d.h. 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	x0cd11
	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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Probleme wegen Osteoporose?	x0cd10c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd11
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd10d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd11	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Sehstörung (z.B. Grauer oder grüner Star) diagnostiziert? INT: Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit, Hornhautverkrümmung, usw. sind nicht gemeint. Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd12
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd11a, x0cd11b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Sehstörung?	x0cd11c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd12
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd11d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd12	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Hörstörung (z.B. Schwerhörigkeit auch bei Nutzung eines Hörgeräts) diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd13

	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd12a, x0cd12b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div> Jahr </div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div> Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Hörstörung?	x0cd12c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd13
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd12d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0cd13	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Angst- oder Panikstörung diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd13	<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?	x0cd13a, x0cd13b	<div> <div> _ _ _ _ </div> <div> Jahr </div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div> Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Angst- oder Panikstörung?	x0cd13c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0cd13d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

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-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Monaten</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Jahren</div> </div>		
	INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02b			
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Monat</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Jahr</div> </div>		
		x0pn03b			
	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 aufsplitten.				
	Bestehend seit: (Monaten)	x0pn12a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Monaten</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Jahren</div> </div>		
	Bestehend seit: (Jahren)	x0pn12b			
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Monat</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div>Tage/Jahr</div> </div>		
		x0pn13b			
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 aufsplitten.	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		

Cancer

x0ca00	Ist bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung festgestellt 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 bzw. die Jahre, die Bezeichnung und die Lokalisation an, in denen die Krebserkrankung/en aufgetreten ist/sind. 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? (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)</p> <p>In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)</p>																																														
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Jahr</th> <th style="text-align: center;">Bezeichnung und Lokalisation</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Stationär behandelt?</th> <th style="text-align: center;">Krankenhaus</th> <th style="text-align: center;">end if x0ca00a</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein</th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 1</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 2</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 3</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td>= 4</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Jahr	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt?		Krankenhaus	end if x0ca00a			Nein	Ja			_ _ _ _	_____	<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 ➡	_____		
Jahr	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt?		Krankenhaus	end if x0ca00a																																										
		Nein	Ja																																												
_ _ _ _	_____	<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 <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 festgestellt 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;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>	
x0dm02	Gemäß Liste 14: Welcher Diabetestyp liegt nach Ihrem Wissen 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 15: 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;"> _ _ _ _ Jahr </div> <div style="text-align: center;"> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>	

Blood values

x0bl01	Ist bei Ihnen j e m a l s erhöhter Blutdruck oder zu hoher Blutdruck festgestellt worden? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bl11
x0bl01a	In welchem Jahr wurde Ihr erhöhter Blutdruck zum ersten Mal festgestellt oder wie alt waren Sie damals? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr, 9999 kodieren.	x0bl01a, x0bl01b	<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>		
x0bl11	Sind bei Ihnen i n d e n l e t z t e n 1 2 M o n a t e n erhöhte Cholesterin- oder Triglyzeridwerte bzw. erhöhte Blutfette festgestellt worden?	x0bl11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0bl11a	In welchem Jahr wurden die erhöhten Blutfette das erste Mal festgestellt oder wie alt waren sie damals? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0bl11a, x0bl11b	<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>		

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	x0th11																									
x0th01	Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;"> Ich weiß Nein es nicht Ja </div> <div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Jahr</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Jahr der Diagnose</td> </tr> <tr> <td>1. Überfunktion</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>2. Unterfunktion</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>3. Struma (Kropf)</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>4. Knoten</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>5. Morbus Basedow</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>6. Karzinom (Krebs)</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>7. Andere Schilddrüsenerkrankung</td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>1 \Rightarrow Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> </table> </div>				Jahr	Jahr der Diagnose	1. Überfunktion	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	2. Unterfunktion	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	3. Struma (Kropf)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	4. Knoten	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	5. Morbus Basedow	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	6. Karzinom (Krebs)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	7. Andere Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _	
	Jahr	Jahr der Diagnose																												
1. Überfunktion	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
2. Unterfunktion	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
3. Struma (Kropf)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
4. Knoten	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
5. Morbus Basedow	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
6. Karzinom (Krebs)	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
7. Andere Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow Jahr	_ _ _ _																												
x0th11	Wurde bei Ihnen jemals eine RadioJODtherapie durchgeführt?	x0th11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0th12																									
x0th11a	In welchem Jahr wurde bei Ihnen eine RadioJODtherapie durchgeführt?	x0th11a	Jahr <div style="float: right; text-align: center;"> _ _ _ _ </div>																											
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	end																									
x0th12a	In welchem Jahr wurde bei Ihnen die Schilddrüsenoperation durchgeführt?	x0th12a	Jahr <div style="float: right; text-align: center;"> _ _ _ _ </div>																											

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 16: 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	Hinter dem Brustbein	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Ja Nein </div> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05b	Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05c	Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05d	Linke Schulter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05e	Anderes	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mi05f	_____		
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 koronare Herzkrankheit? INT: Arterienverkalkung der Herzkrankgefäße 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
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0mi08a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0mi09
		x0mi08b, x0mi08c	<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; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Jahr</div> </div> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</div>		

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 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 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	Haben Sie einen Herzfehler, heute, früher oder in der Kindheit? INT: Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	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? (Außer zur operativen Vorbereitung oder wegen Leistungssport) 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
		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>		
	Gab es auffällige Befunde?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0hf08
	Welche?	x0hf07d	_____		
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>Jahr</div> </div> <div> <div> _ _ </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div>	
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Herzinsuffizienz?	x0hf08c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten deswegen behandelt?	x0hf08d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

Cardiac arrhythmias

x0af01	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Herzklappenfehler oder sonstige Herzerkrankungen diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0af01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af02
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal eine Herzerkrankung diagnostiziert?	x0af01a, x0af01b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Herzerkrankung?	x0af01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen einer Herzerkrankung behandelt?	x0af01d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0af02	<p>Haben Sie Vorhofflimmern? (absolute Arrhythmie)</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	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: 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?	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

	Beschreiben Sie die Art der Rhythmusstörung	x0af07c			
x0af08	Wurde bereits wegen einer Herzrhythmusstörung eine Elektroschockbehandlung durchgeführt?	x0af08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0af09	Ist bei Ihnen eine Bewusstlosigkeit mit einem Kreislaufstillstand aufgetreten? (INT: Gemeint ist keine Ohnmacht sondern eine Synkope aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung.) INT: Im Falle einer Bewusstlosigkeit im Rahmen eines Unfalls: Falls die Bewusstlosigkeit die Ursache des Unfalls war, d.h. Dem Unfall vorausging, bitte "ja" antworten, wenn die Bewusstlosigkeit Folge des Unfalls war, bitte "nein" antworten.	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af10
	Waren sie 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		

Stroke

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	end																					
x0st00a	Wie viele Schlaganfälle hatten Sie insgesamt?	x0st00a	_ _																							
x0st01a	<p>Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der Schlaganfall bzw. die Schlaganfälle aufgetreten ist (sind). 1. (frühester) Schlaganfall ... Jahr ... / 2. Schlaganfall ... Jahr ... / 3. Schlaganfall ... Jahr ... / 4. Schlaganfall ... Jahr ... / 5. Schlaganfall ... Jahr ...</p> <p>INT: Wenn mehr als fünf Schlaganfälle, den ersten und die letzten vier Schlaganfälle eingeben. Wenn der Schlaganfall erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, dann Jahr 9999 kodieren.</p> <p>(x0st01a / x0st02a / x0st03a / x0st04a / x0st05a)</p> <p>Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt?</p> <p>(x0st01b / x0st02b / x0st03b / x0st04b / x0st05b)</p> <p>In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt (bzw. behandelnder Arzt)?</p> <p>(x0st01c / x0st02c / x0st03c / x0st04c / x0st05c)</p>																									
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Jahr</th> <th style="text-align: center;">Stationär behandelt?</th> <th style="text-align: center;">Krankenhaus</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Nein Ja</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td> _ _ _ _ </td> <td><input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 ➡</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Jahr	Stationär behandelt?	Krankenhaus		Nein Ja		_ _ _ _	<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 ➡	_____	end if x0st00a = 1 = 2 = 3 = 4
Jahr	Stationär behandelt?	Krankenhaus																								
	Nein Ja																									
_ _ _ _	<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 ➡	_____																								

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 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 die Glomerulonephritis 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>			
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki01c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes			
	Geben Sie bitte den genauen Namen der Krankheit an:	x0ki01d	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>			
x0ki02	Wurde eine Pyelonephritis diagnostiziert?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0cd14	
	In welchem Jahr wurde die Pyelonephritis 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>			
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki02c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes			
	Geben Sie bitte den genauen Namen der Krankheit an:	x0ki02d	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black;"/>			

x0cd14	Wurde eine Vaskulitis (inklusive Lupus erythematoses) diagnostiziert?	x0cd14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki04
	In welchem Jahr wurde die Vaskulitis zum ersten Mal diagnostiziert?	x0cd14a, x0cd14b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0cd14c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
	Geben Sie bitte den genauen Namen der Krankheit an:	x0cd14d	_____		
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 die Erkrankung der Nierenarterien zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki04a, x0ki04b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki04c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
	Geben Sie bitte den genauen Namen der Krankheit an:	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	x0ki06
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki05a, x0ki05b	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> _ _ _ _ Jahr </div> <div> _ _ Bzw. damaliges Alter </div> </div>		

	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki05c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
	Geben Sie bitte den genauen Namen der Krankheit an:	x0ki05d	_____		
x0ki06	Wurde ein Nierentumor diagnostiziert?	x0ki06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki07
	In welchem Jahr wurde der Nierentumor zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki06a, x0ki06b	<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>		
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki06c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
	Geben Sie bitte die genaue Lokalisation des Tumors an:	x0ki06d	_____		
x0ki07	Wurden Nierensteine diagnostiziert?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki08
	In welchem Jahr wurden die Nierensteine zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki07a, x0ki07b	<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>		

	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki07c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
x0ki08	Wurde eine andere Nierenerkrankung diagnostiziert?	x0ki08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki09
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0ki08a, x0ki08b	<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>		
	Gemäß Liste 20: Wie wurden Sie behandelt?	x0ki08c	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
	Wenn Sie ihn wissen, geben Sie den Namen der Krankheit an:	x0ki08d	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>		
x0ki09	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine verminderte Nierenfunktion oder Niereninsuffizienz diagnostiziert oder festgestellt?	x0ki09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki10
	In welchem Jahr?	x0ki09a, x0ki09b	<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>		
	Ist die Niereninsuffizienz noch vorhanden?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

	Gemäß Liste 20: Wie wird oder wurde diese behandelt?	x0ki09d	<input type="checkbox"/> 1 Keine Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Mit Medikamenten <input type="checkbox"/> 3 Mit Medikamenten und Diät <input type="checkbox"/> 4 Mit Dialyse <input type="checkbox"/> 5 Es wurde eine Nierentransplantation durchgeführt <input type="checkbox"/> 6 Anderes		
x0ki10	Sind Sie jemals einer Nierentransplantation unterzogen worden?	x0ki10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki16
	Wieviele Transplantationen wurden durchgeführt?	x0ki10a	_ _ _		
x0ki11a	Jahr der ersten Transplantation	x0ki11a, x0ki11b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 1 x0ki16
x0ki12a	Jahr der zweiten Transplantation	x0ki12a, x0ki12b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 2 x0ki16
x0ki13a	Jahr der dritten Transplantation	x0ki13a, x0ki13b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 3 x0ki16
x0ki14a	Jahr der vierten Transplantation	x0ki14a, x0ki14b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	if x0ki10a = 4 x0ki16
x0ki15a	Jahr der fünften Transplantation	x0ki15a, x0ki15b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
x0ki16	Wurden andere medizinische Eingriffe an den Nieren vorgenommen?	x0ki16	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0ki17	Wurden Sie wegen Nierensteinen operiert?	x0ki17	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki18
	In welchem Jahr?	x0ki17a, x0ki17b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
x0ki18	Wurde eine Niere wegen eines medizinischen Problems entfernt?	x0ki18	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki19
	In welchem Jahr?	x0ki18a, x0ki18b	_ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	

x0ki19	Wurden Sie operiert um eine Niere zu spenden?	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 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>		
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 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>		
x0ki21	Wurden Sie wegen einem 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
	In welchem Jahr?	x0ki21a, x0ki21b	<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>		

Neurology

x0ne01	Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Epilepsie oder Fieberkrämpfe (meist als Kind) diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne01	<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 Epilepsie oder Fieberkrämpfe diagnostiziert?	x0ne01a, x0ne01b	<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>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Epilepsie oder Fieberkrämpfe?	x0ne01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen Epilepsie oder Fieberkrämpfe behandelt?	x0ne01d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0ne02	Haben Sie unkontrolliertes Zittern? INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zittriger oder kleiner geworden. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	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	x0ne03a
	Wann? (Jahr)	x0ne02b, x0ne02c	<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?	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		
x0ne03a	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	
		parkinson (Zahl)	Positivität auf Parkinson <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			if score < 3 & ne02j != 1 & ne02k != 1 x0ne04
x0rb01	Kommt es vor, dass Sie sehr lebhafte Träume haben?	x0rb01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0rb02	Haben Ihre Träume des öfteren aggressiven oder aktionsgeladenen Inhalt?	x0rb02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0rb03	Stimmen die Traum inhalte meist mit Ihrem nächtlichen Verhalten überein?	x0rb03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0rb04	Ist Ihnen bekannt, dass Sie Ihre Arme oder Beine im Schlaf bewegen?	x0rb04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0rb06
x0rb05	Ist es dabei vorgekommen, dass Sie Ihren Partner oder sich selbst (beinahe) verletzt haben?	x0rb05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		

	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal ein Myoklonus, Tick oder Dystonie diagnostiziert?	x0ne05a, x0ne05b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div>		
	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten ein Myoklonus, Tick oder Dystonie?	x0ne05c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen einem Myoklonus, Tick oder Dystonie behandelt?	x0ne05d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Gemäß Liste 21: Welche Art der Bewegung tritt auf?	x0ne05e	<input type="checkbox"/> 1 Myoklonus: plötzliches Muskelzucken großer Muskeln <input type="checkbox"/> 2 Ticks: wiederholende Zuckbewegungen oder Grimassen <input type="checkbox"/> 3 Dystonie: anhaltende Muskelkontraktionen, z.B. Schiefhals <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht		
x0ne06	Fällt Ihnen Vergesslichkeit (auch Orientierungsstörungen) auf? Z.B. Verlaufen auf bekannten Wegen, Schlüssel vergessen 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></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</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 MS (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 MS (Multiple Sklerose) diagnostiziert?	x0ne07a, x0ne07b	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div>		

	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten MS (Multiple Sklerose)?	x0ne07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen MS (Multiple Sklerose) behandelt?	x0ne07d	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
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	x0ne20
	Seit wann? (Jahr)	x0ne08a, x0ne08b	<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>		
x0ne20	Leiden Sie an sonstigen neurologischen Symptomen oder Krankheiten? INT: Depression und Unruhe sind auszuschließen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne11
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne20a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne11
	Seit wann? (Jahr)	x0ne20b, x0ne20c	<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?	x0ne20d	<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		
x0ne11	Leiden Sie an Schlafstörungen? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne12
	Seit wann? (Jahr)	x0ne11a, x0ne11b	<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>		
	An wie vielen Tagen pro Woche nehmen Sie Schlafmittel?	x0ne11c	_ _ _		

	Gemäß Liste 23: Wie äußert sich die Schlafstörung vorwiegend?	x0ne11d	<input type="checkbox"/> 1 Einschlafstörung <input type="checkbox"/> 2 Durchschlafstörung <input type="checkbox"/> 3 Zusatzbeschwerden (z.B. Zuckungen, Juckreiz, Herzklopfen)		
x0ne12	Haben Sie Durchblutungsstörungen im Bereich der Kopf- und Halsgefäße (Adern)? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st20
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne12a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st20
	Wann? (Jahr)	x0ne12b, x0ne12c	<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?	x0ne12d	<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		
x0st20	Wurde Ihnen jemals eine TIA (transitorische ischämische Attacke) oder ein Schlaganfall diagnostiziert? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne13
	Wann? (Jahr)	x0st20a, x0st20b	<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 Situation möglichst genau:	x0st20c	_____		
x0ne13	Hatten Sie schon einmal (gehäuft) Schwindel? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0ne13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne13a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne14a
	Wann? (Jahr)	x0ne13b, x0ne13c	<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?	x0ne13d	<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																
x0ne14a	Gemäß Liste 24: Wie war der Schwindel? INT: Mehrfachantwort möglich	x0ne14a x0ne14b x0ne14c x0ne14d	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Drehschwindel, "wie im Karussell"</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>Benommenheitsgefühl</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>orthostatischer Schwindel (Schwarz vor Augen)</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	Drehschwindel, "wie im Karussell"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	orthostatischer Schwindel (Schwarz vor Augen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Ja	Nein																	
Drehschwindel, "wie im Karussell"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
orthostatischer Schwindel (Schwarz vor Augen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	

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
x0mg02	Hatten Sie auch in den vergangenen 6 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
x0mg03	Gemäß Liste 25: Wie oft hatten Sie in den letzten 6 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg03	<input type="checkbox"/> 1 Sehr selten (weniger als 1 Mal im Monat) <input type="checkbox"/> 2 Selten (1-3 Mal im Monat) <input type="checkbox"/> 3 Manchmal (weniger als 1 Mal in der Woche) <input type="checkbox"/> 4 Häufig (1-5 Mal in der Woche) <input type="checkbox"/> 5 Immer (mehr als 5 Mal in der Woche)		
x0mg04	Gemäß Liste 26: 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	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">Ja Nein</div> <div> die sich auf eine Kopfhälfte beschränken? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> die bei Ihnen beidseitig auftreten? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> die einen pulsierenden oder pochenden Charakter haben? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> die einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div>		

x0mg09	<p>Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.</p> <p>Haben Sie Kopfschmerzen...</p> <p>INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.</p>	<p>x0mg09</p> <p>x0mg10</p> <p>x0mg11</p> <p>x0mg12</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>die plötzlich an einer einzigen Stelle des Kopfes auftreten und nur für Sekunden stechend anhalten?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die durch körperliche Aktivität, z.B. Beim Treppensteigen, verstärkt werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Übelkeit begleitet werden?</td> <td><input type="checkbox"/>1</td> <td><input type="checkbox"/>2</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																				
x0mg13	<p>Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.</p> <p>Haben Sie Kopfschmerzen...</p> <p>INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.</p>	<p>x0mg13</p> <p>x0mg14</p> <p>x0mg15</p> <p>x0mg16</p> <p>x0mg17</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <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> </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																				
x0mg18	<p>Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.</p> <p>Haben Sie Kopfschmerzen...</p> <p>INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.</p>	<p>x0mg18</p> <p>x0mg19</p> <p>x0mg20</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <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> </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>	<p>x0mg21</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>																			
x0mg22	<p>Wie würden Sie die Stärke Ihrer Kopfschmerzen durchschnittlich einstufen?</p>	<p>x0mg22</p>	<p><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</p> <p>1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen</p>																			

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; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; 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: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </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; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; 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: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </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; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; 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: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot11
x0ot04	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; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; 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: 40px; margin: 0 auto;"></div> <div style="margin-top: 5px;">Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
x0ot11	Haben Sie sonst eine 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	end

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> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
	Haben Sie noch eine Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
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> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
	Haben Sie sonst eine Krankheit über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
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> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		
	Haben Sie sonst eine Krankheit über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
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> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Jahr</div> </div> <div> <div> <div> <div></div> </div> <div> <div></div> </div> </div> <div>Bzw. damaliges Alter</div> </div> </div>		

Women

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf das sexuelle Gebiet/ den Fortpflanzungsbereich.</i>			if male end
x0wo01a	In 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>	
x0wo02	Haben Sie jemals hormonale Verhütungsmittel angewandt (gemeint sind Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring)?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>2 Nein </div>	x0wo05
x0wo03	Gemäß Liste 28: Benützen Sie zurzeit hormonale Verhütungsmittel (Kontrazeptiva)? INT: Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.	x0wo03	<input type="checkbox"/> 1 Ja, Antibabypille <input type="checkbox"/> 2 Ja, hormonales Implantat (Implanon) <input type="checkbox"/> 3 Ja, hormonhaltiger Vaginalring <input type="checkbox"/> 4 Ja, 3-Monats-Spritze <input type="checkbox"/> 5 Ja, hormonhaltige Spirale <input type="checkbox"/> 6 Nein	
x0wo04a	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 ganze Jahr ab- bzw. Aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) AUFSUMMIEREN!	x0wo04a x0wo04b	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> <div style="text-align: center;"> _ _ </div> <div>Anzahl der Monate</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> _ _ </div> <div>bzw. Anzahl der Jahre</div> </div>	
x0wo05	Sind Sie zurzeit schwanger?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="background-color: #cccccc; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/>2 Nein <input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht, möglicherweise </div>	x0wo06
	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	x0wo05a	_ _	

x0wo06	Haben Sie noch Ihre Monatsblutung?	x0wo06	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	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	_____		

Exposure

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Belastung durch Risikofaktoren aus der Umwelt.</i>																																		
x0ex01	Liegt die Wohnung, in der Sie am längsten gelebt haben, in unmittelbarer Nähe (unter 1 km) zu einer der folgenden Betriebe oder Anlagen? In welcher Entfernung etwa? (in Metern)																																	
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%; text-align: left;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: left;">Ja</th> <th style="width: 80%; text-align: left;">Entfernung (in Metern)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>2</td> <td><input type="checkbox"/>1 \Rightarrow</td> <td> _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table>	Nein	Ja	Entfernung (in Metern)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _	
Nein	Ja	Entfernung (in Metern)																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow	_ _ _ _																																
x0ex10	Haben Sie einen eigenen Garten (auch Schrebergarten?)	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 29: 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 29: 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 30: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?		<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		
x0ex20	Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz starkem Lärm ausgesetzt?	x0ex20	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
x0ex21	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys häufig folgenden Stoffen ausgesetzt?		<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Ja Nein</div> <div> <div>x0ex21</div> <div>Reinigungs-, Desinfektionsmittel</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex22</div> <div>Abgasen von Motoren</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex23</div> <div>Holzstaub</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex24</div> <div>Getreidestaub</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex25</div> <div>Stein- oder Glaswolle</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex26</div> <div>Asbest</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div>		
x0ex27	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys häufig folgenden Stoffen ausgesetzt?		<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">Ja Nein</div> <div> <div>x0ex27</div> <div>Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex28</div> <div>Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex29</div> <div>Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex30</div> <div>Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex31</div> <div>Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</div> </div> <div> <div>x0ex32</div> <div>Pflanzenschutzmitteln</div> <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</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	_ _ . _	
	Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:	x0am02	<input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts	

Family

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Eltern und Großeltern.</i>			
	Wann sind Sie geboren? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.		<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> <div> <div>T</div> <div>T</div> </div> </div> <div> <div>.</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>M</div> <div>M</div> </div>	

.

J

J

J

J

Jahr