

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	<p>INT: Namenskürzel eingeben (z.B. Stefan Mair -> MaS)</p>	x0_opint	_____																				
x0_sex	<p>(Geschlecht)</p> <p>INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.</p>	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2 Weiblich																				
x0_birthd	<p>Wann sind Sie geboren?</p> <p>INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.</p>	x0_birthd	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td></td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table>	_	_	.	_	_	.	_	_	_	_	T	T		M	M		J	J	J	J
_	_	.	_	_	.	_	_	_	_														
T	T		M	M		J	J	J	J														
x0pe02	<p>Wie viele Geschwister haben oder hatten Sie (inklusive möglicher verstorbener Geschwister), sie selbst ausgenommen?</p> <p>INT: Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.</p>	x0pe02	_ _																				
	<p>Als wieviertes Kind Ihrer Mutter wurden Sie geboren?</p> <p>INT: z.B.: Wenn Sie das erste Kind waren: 1</p>	x0pe03	_ _																				
x0pe04	<p>Sind sie ein Mehrling oder bei einer Mehrlingsgeburt zur Welt gekommen?</p>	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein																				
x0pe05	<p>Wo lebte Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?</p> <p>INT: Wo sind Sie aufgewachsen?</p>	<p>x0pe05a</p> <p>x0pe05b</p> <p>x0pe05c</p>	<p>Ort _____</p> <p>Provinz _____</p> <p>Staat _____</p>																				

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	_ _	
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	_ _	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

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihren Beruf und Ihre familiäre Umgebung.</i>				
x0oc00	Gemäß Liste 3: Sind Sie zur Zeit berufstätig?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Ja, ganztägig <input type="checkbox"/> 2 Ja, regelmäßig teilzeitbeschäftigt	
			<input type="checkbox"/> 3 Ja, geringfügig beschäftigt oder unregelmäßig beschäftigt <input type="checkbox"/> 4 Nein	x0oc01
	Wie lautet die Adresse Ihres aktuellen Arbeitsplatzes?		Straße/Platz und Hausnummer _____ PLZ _____ Gemeinde und eventuelle Fraktion _____ Provinz _____ Staat _____	x0oc13
x0oc01	Haben Sie früher einen Beruf ausgeübt?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="float: right; font-size: small;"> if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13 </div>	if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13
x0oc01a	Bis zu welchem Jahr sind Sie regelmäßig berufstätig gewesen?	x0oc01a	Jahr _ _ _ _ _	if age > 75 x0oc13
x0oc10	Gemäß Liste 4: Sind Sie zur Zeit ...?		<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	

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

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

x0oc07	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07a x0oc07b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben) Anderes _____																																																																									
		x0oc07c x0oc07d	Von (Jahr) _ _ _ _ Bis (Jahr) _ _ _ _																																																																									
x0oc08	Gemäß Liste 6: Wie würden Sie Ihre Arbeit bzw. Ihre Hauptbeschäftigung einstufen?	x0oc08	<input type="checkbox"/> 1 Als schwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 2 Als mittelschwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 3 Als leichte körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 4 Keine nennenswerte körperliche Arbeit																																																																									
x0rh01 x0rh02 x0rh03 x0rh04 x0rh05 x0rh06 x0rh07 x0rh08 x0rh09 x0rh10	Wo haben sie bisher mindestens 1 Jahr lang gelebt? (Ortschaft) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0rh01a / x0rh02a / x0rh03a / x0rh04a / x0rh05a / x0rh06a / x0rh07a / x0rh08a / x0rh09a / x0rh10a) Von (Jahr) (x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b) Bis (Jahr) (x0rh01c / x0rh02c / x0rh03c / x0rh04c / x0rh05c / x0rh06c / x0rh07c / x0rh08c / x0rh09c / x0rh10c) Haben Sie an einem weitem Ort mindestens 1 Jahr lang gelebt? (x0rh02 / x0rh03 / x0rh04 / x0rh05 / x0rh06 / x0rh07 / x0rh08 / x0rh09 / x0rh10) <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 30%;">Wo? (Ortschaft)</th> <th style="text-align: left; width: 15%;">Von (Jahr)</th> <th style="text-align: left; width: 15%;">Bis (Jahr)</th> <th colspan="2" style="text-align: left; width: 20%;">ein weiterer Ort?</th> <th style="width: 15%;"></th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <th style="text-align: left;">Ja</th> <th style="text-align: left;">Nein</th> <td></td> </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 <input type="checkbox"/> 3 Spätgeburt	
			<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	<input type="checkbox"/> 1 Ich wurde nicht gestillt <input type="checkbox"/> 2 Ich wurde gestillt, aber ich weiß nicht wie lange <input type="checkbox"/> 3 0-2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 5 1-3 Monate <input type="checkbox"/> 6 3-6 Monate <input type="checkbox"/> 7 Länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> 8 Ich weiß es nicht ob ich gestillt wurde		
x0bi06	Hatten Sie eine oder mehrere angeborene Fehlbildungen zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?	x0bi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
	Bitte angeben	x0bi06a	_____		

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	_ _ _ 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	_ _ _ Stunden pro Tag
		x0ip01b	_ _ _ Minuten pro Tag
		x0ip01c	<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 gemütlicher Geschwindigkeit oder ein Doppel-Tennis verrichtet?</p> <p>Fußwegstrecken bitte nicht mit einbeziehen.</p>	x0ip02	_ _ _ 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	_ _ _ Stunden pro Tag
		x0ip02b	_ _ _ Minuten pro Tag
		x0ip02c	<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	Mehr mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr mals 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	Mehr mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr mals 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	Mehr mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr mals 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	Alter			_ _	
		x0fd31b	<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>	x0fd31d, x0fd31e	<p> _ _ _ _ _ _ _ Alter Oder wie viele Jahre lang</p>	
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>	x0fd31f	_ _ _	
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>	x0fd32	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	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>	x0fd32a x0fd32b	<p>Alter _ _ _ _ </p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind <input type="checkbox"/>2 Jugendlicher <input type="checkbox"/>3 Erwachsener</p>	
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig Schwarztee? (Mindestens 1x im Monat)	x0fd32c	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	x0fd32f
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Schwarztee zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Schwarztee getrunken?</p>	x0fd32d, x0fd32e	<p> _ _ _ _ _ _ _ Alter Oder wie viele Jahre lang</p>	
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>	x0fd32f	_ _ _	

x0fd33	Haben Sie jemals in 6 aufeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltigen amerikanischen Kaffee (Filterkaffee) getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate		<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 x0fd33b	Alter <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>x0fd34b</p>	<p>Alter</p> <p><input type="checkbox"/>1 Kind</p> <p><input type="checkbox"/>2 Jugendlicher</p> <p><input type="checkbox"/>3 Erwachsener</p>	<p> </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>	<p>x0fd34f</p>
	<p>Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Coca-Cola zu trinken? (Alter)</p> <p>Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Coca-Cola getrunken?</p>	<p>x0fd34d, x0fd34e</p>	<p><input type="checkbox"/> Alter</p> <p><input type="checkbox"/> Oder wie viele Jahre lang</p>	<p> </p>	
<p>x0fd34f</p>	<p>Wie viele Dosen Coca-Cola (33 cl) trinken oder haben Sie durchschnittlich pro Tag getrunken?</p> <p>INT: Falls weniger als 1 Dose pro Tag getrunken wird/wurde, im entsprechenden Feld 0 angeben.</p>	<p>x0fd34f</p>		<p> </p>	

Alcohol

x0a100	Haben Sie jemals Alkohol getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end	
x0a101	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	x0a105a	
		x0a101	<input type="checkbox"/> 3 1 Mal pro Monat oder seltener	<input type="checkbox"/> 4 2-4 Mal im Monat	if male x0a102a	
			<input type="checkbox"/> 5 2-3 Mal pro Woche	<input type="checkbox"/> 6 4 Mal oder mehrmals pro Woche aber nicht täglich	if female x0a102b	
			<input type="checkbox"/> 7 Täglich			
x0a102a	Gemäß Liste 11: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Nie innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> 2 1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate	x0a103a	
			<input type="checkbox"/> 3 3-5 mal innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> 4 6-11 mal innerhalb der letzten 12 Monate		
		x0a102a	<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			
x0a102b	Gemäß Liste 11: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken?		<input type="checkbox"/> 1 Nie innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> 2 1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate		
			<input type="checkbox"/> 3 3-5 mal innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> 4 6-11 mal innerhalb der letzten 12 Monate		
		x0a102b	<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			

x0a103a	Wie viel der folgenden Getränke haben Sie in den letzten 12 Monaten gewöhnlich am Wochenende (Freitag, Samstag und Sonntag) konsumiert? INT: Das gesamte Wochenende berücksichtigen, also Summe aller Getränken über diese 3 Tage. Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.	x0a103a	Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a103b	Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a103c	Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a103d	Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a103e	Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a103f	Alkohohlhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
x0a104a	Wie viel der folgenden Getränke haben Sie in den letzten 12 Monaten gewöhnlich an Werktagen (von Montag bis Donnerstag) konsumiert? INT: Die gesamten Werktage berücksichtigen, also Summe aller Getränken überdiese 4 Tage. Wenn der Proband nichts getrunken hat, betreffendes Feld mit 0 ausfüllen.	x0a104a	Alkoholfreies Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	x0a108a
		x0a104b	Bier? (Anzahl der Gläser zu 0,2 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a104c	Weißwein oder Sekt? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a104d	Rotwein? (Anzahl der Gläser zu 0,125 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a104e	Schnaps, Likör, usw.? (Anzahl der Gläser zu 0,02 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		x0a104f	Alkohohlhaltige Mischgetränke? (Anzahl der Gläser zu 0,3 l)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
x0a105a	Gemäß Liste 12: Warum haben Sie in den letzten 12 Monaten keinen Alkohol/sehr wenig Alkohol getrunken?			Ja	Nein	
		x0a105a	Vorliegen einer Erkrankung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0a108a
		x0a105b	Andere gesundheitliche Gründe/zum Schutz meiner Gesundheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0a105c	Empfehlung eines Arztes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0a105d	Finanzielle Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0a105e	Religiöse Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0a105f	Ich bin trockenere/r Alkoholiker/in	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0a105g	Andere Gründe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0a108a
x0a105h	Weiß nicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			

x0al06a	Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken begonnen? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0al06a, x0al06b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr Bzw. damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
x0al07a	Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken aufgehört? INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0al07a, x0al07b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr Bzw. damaliges Alter <input type="text"/> <input type="text"/>	
x0al08a	Haben Sie jemals daran gedacht, weniger Alkohol zu trinken?	x0al08a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0al08b	Hat es Sie schon einmal aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisierten?	x0al08b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0al08c	Haben Sie jemals wegen Ihres Alkoholkonsums Gewissensbisse gehabt?	x0al08c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0al08d	Haben Sie jemals als erstes morgens Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder Ihren Kater loszuwerden?	x0al08d	<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	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter		
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	_ _			
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	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter		
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	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter		
x0sm08	Wie viele Zigaretten rauchten Sie damals durchschnittlich pro Tag?	x0sm08	_ _			

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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Bis (Jahr)</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 1 bis jetzt <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		_ _ _ _ _ Bis (Jahr)	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Bis (Jahr)	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
x0sm13a	Wie oft rauchen oder rauchten Sie durchschnittlich Pfeife:	x0sm13a	_ _ _ pro Tag?				
		x0sm13b	_ _ _ pro Monat?				
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Bis (Jahr)</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 1 bis jetzt <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		_ _ _ _ _ Bis (Jahr)	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Bis (Jahr)	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						

x0sm17a	Wie viele Zigarren rauchen oder rauchten Sie durchschnittlich:	x0sm17a x0sm17b	_ _ _ pro Tag? _ _ _ 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 x0sm21b	_ _ _ pro Tag? _ _ _ 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	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter <input type="checkbox"/> 1 bis jetzt <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	
x0sm25a	Wie oft schnupfen Sie durchschnittlich Tabak oder haben Tabak geschnupft:	x0sm25a x0sm25b	<input type="text"/> <input type="text"/> pro Tag? <input type="text"/> <input type="text"/> pro Monat?	
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	Von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm27	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm29
x0sm27a	Seit wann?	x0sm27a x0sm27b	Von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	An einem weiteren Zeitraum?	x0sm28	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0sm29
x0sm28a	Seit wann?	x0sm28a x0sm28b	Von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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	Von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Jahr</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>							Jahr			Bzw. damaliges Alter	
					Jahr			Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Jahr</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>							Jahr			Bzw. damaliges Alter	
					Jahr			Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Jahr</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>							Jahr			Bzw. damaliges Alter	
					Jahr			Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								

	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	_ _ _ _ Jahr		_ _ Bzw. damaliges Alter		
	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	_ _ _ _ Jahr		_ _ Bzw. damaliges Alter		
	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? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn02a	_ _ _ Monaten		
		x0pn02b	_ _ _ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a	_ _ _ Tage/Monat		
		x0pn03b	_ _ _ Tage/Jahr		
	Stärke	x0pn04	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen		
x0pn11	Leiden Sie an Gelenkschmerzen? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn21
	Bestehend seit: (Monaten) Bestehend seit: (Jahren)	x0pn12a	_ _ _ Monaten		
		x0pn12b	_ _ _ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a	_ _ _ Tage/Monat		
		x0pn13b	_ _ _ Tage/Jahr		
x0pn14	Stärke der Gelenkschmerzen	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen		

	Welche Gelenke sind betroffen?	x0pn15	_____		
x0pn21	Leiden Sie an anderen Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Regelschmerzen, Zahnschmerzen)? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufsplitten.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn30
	Bestehend seit: (Monaten) Bestehend seit: (Jahren)	x0pn22a x0pn22b	_ _ _ Monaten _ _ _ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn23a x0pn23b	_ _ _ Tage/Monat _ _ _ 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>					
	Jahr	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt? Nein Ja		Krankenhaus	end if x0ca00a
	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ⇨	_____	= 1
	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ⇨	_____	= 2
	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ⇨	_____	= 3
	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ⇨	_____	= 4
	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 ⇨	_____	

Diabetes

x0dm00	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Diabetes diagnostiziert?	x0dm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Jahr</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>											Jahr					Bzw. damaliges Alter					
Jahr					Bzw. damaliges Alter																			
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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;"> </td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Jahr</td> <td colspan="5" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>											Jahr					Bzw. damaliges Alter					
Jahr					Bzw. damaliges Alter																			

Blood values

x0bl01	<p>Ist bei Ihnen j e m a l s erhöhter Blutdruck oder zu hoher Blutdruck festgestellt worden?</p> <p>INT: Bitte Frage langsam vorlesen!</p> <p>Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!</p>	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0bl11				
x0bl01a	<p>In welchem Jahr wurde Ihr erhöhter Blutdruck zum ersten Mal festgestellt oder wie alt waren Sie damals?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren.</p>	x0bl01a, x0bl01b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jahr</td> <td style="border: none; text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
x0bl11	<p>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?</p>	x0bl11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end				
x0bl11a	<p>In welchem Jahr wurden die erhöhten Blutfette das erste Mal festgestellt oder wie alt waren sie damals?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p>	x0bl11a, x0bl11b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jahr</td> <td style="border: none; text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								

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	<p>Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert?</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.</p> <p>1. Überfunktion</p> <p>2. Unterfunktion</p> <p>3. Struma (Kropf)</p> <p>4. Knoten</p> <p>5. Morbus Basedow</p> <p>6. Karzinom (Krebs)</p> <p>7. Andere Schilddrüsenerkrankung</p>	<p>x0th01, x0th01a</p> <p>x0th02, x0th02a</p> <p>x0th03, x0th03a</p> <p>x0th04, x0th04a</p> <p>x0th05, x0th05a</p> <p>x0th06, x0th06a</p> <p>x0th09, x0th09a</p>	<p>Ich weiß</p> <p>Nein es nicht Ja</p>			<p>Jahr der Diagnose</p>
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
			<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ⇒ Jahr	_ _ _ _		
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			_ _ _ _
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			_ _ _ _

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	<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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter		
_ _ _ _	_ _									
Jahr	Bzw. damaliges Alter									
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0mi08d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht							
x0mi09	Hatten Sie jemals einen von einem Arzt festgestellten Herzinfarkt?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0mi16					
x0mi10	Wie viele Herzinfarkte hatten Sie insgesamt?	x0mi10	_ _							
x0mi11a	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der 1. Herzinfarkt/ 2. Herzinfarkt/ 3. Herzinfarkt/ 4. Herzinfarkt/ 5. Herzinfarkt aufgetreten ist. INT: Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben. Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a) Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? (x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b) In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)									
	Jahr	Stationär behandelt? Nein Ja	Krankenhaus		x0mi16					
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____		if x0mi10 = 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	⇒ _____							
x0mi16	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herzkatheteruntersuchung (Koronarangiographie) durchgeführt?	x0mi16	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht						

x0mi17	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Herz-Operation durchgeführt?	x0mi17	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0mi18	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Bypass-Operation 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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>									Jahr					Bzw. damaliges Alter		
Jahr					Bzw. damaliges Alter														
x0hf02	Haben Sie "Wasser in der Lunge"? INT: (Linksherzinsuffizienz) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf03														
	Seit wann? (Jahr)	x0hf02a, x0hf02b	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>									Jahr					Bzw. damaliges Alter		
Jahr					Bzw. damaliges Alter														
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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>									Jahr					Bzw. damaliges Alter		
Jahr					Bzw. damaliges Alter														
x0hf04	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelentzündung? INT: (Myokarditis) Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf05														
		x0hf04a, x0hf04b	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>									Jahr					Bzw. damaliges Alter		
Jahr					Bzw. damaliges Alter														
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf04c	_____																

x0hf05	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelerkrankung? (z.B. Herzmuskelverdickung) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0hf06				
		x0hf05a, x0hf05b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jahr</td> <td style="border: none; text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="border: none; text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Jahr</td> <td style="border: none; text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="padding: 0 10px;">Jahr</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						Jahr			
					Jahr							
	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	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Herzklappenfehler oder sonstige Herzerkrankungen diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	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	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>										Jahr						Bzw. damaliges Alter		
Jahr						Bzw. damaliges Alter															
	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	Haben Sie Vorhofflimmern? (absolute Arrhythmie) INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af07																
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af03																
		x0af02b, x0af02c	<table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="text-align: center;">Jahr</td> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>										Jahr						Bzw. damaliges Alter		
Jahr						Bzw. damaliges Alter															
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0af02d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht																		
x0af03	Treten bei Ihnen während des Vorhofflimmerns Beschwerden auf?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af04																

x0af03a	Gemäß Liste 17: Welche?			Ja	Nein		
		x0af03a	Herzrasen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03b	Herzstolpern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03c	Schwäche/Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03d	Atemnot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03e	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03f	Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03g	Schwindel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
		x0af03h	Andere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
x0af03i	Beschreiben Sie die anderen Beschwerden	x0af03i	<hr/>				
x0af04	Tritt das Vorhofflimmern chronisch anhaltend, d.h. dauernd ohne Unterbrechung auf?	x0af04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht				
x0af05	Gemäß Liste 18: Wie häufig tritt bei Ihnen das Vorhofflimmern auf?	x0af05	<input type="checkbox"/> 1 Täglich einmal <input type="checkbox"/> 2 Wöchentlich einmal <input type="checkbox"/> 3 Monatlich einmal <input type="checkbox"/> 4 Jährlich einmal				
x0af06	Gemäß Liste 19: Wie lange dauert eine Vorhofflimmer-Attacke im Schnitt an?	x0af06	<input type="checkbox"/> 1 Sekunden <input type="checkbox"/> 2 Minuten <input type="checkbox"/> 3 Stunden <input type="checkbox"/> 4 Tage				
x0af07	Hatten Sie Herzstolpern, unregelmäßiges Schlagen, Herzrasen, oder Herzflattern? INT: Schnelleres Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen. Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0af08	
		x0af07a, x0af07b	<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 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
	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>					
	Jahr	Stationär behandelt? Nein Ja	Krankenhaus			end
	_ _ _ _	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	⇒ _____			if x0st00a = 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	⇒ _____			

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	_ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter			
	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				
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	_ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter			
	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				

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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter						

	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	_ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter	
	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	_ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter	

	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	_____						
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td> <td style="text-align: center;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _	_ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	Ist die Niereninsuffizienz noch vorhanden?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht						

	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
x0ki20	Wurden Sie wegen Angioplastie (Gefäßplastik) der Nierenarterien operiert?	x0ki20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki21		
	In welchem Jahr?	x0ki20a, x0ki20b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						

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	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter		
	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	_ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter		
	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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		if score < 3 & ne02j != 1 & ne02k != 1 x0ne04
x0rb01	Kommt es vor, dass Sie sehr lebhaftere 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 Traumhalte 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		

x0rb06	Treten oder traten bei Ihnen während des Träumens folgende Erscheinungen auf:	x0rb06 x0rb07 x0rb08 x0rb09	<p style="text-align: right;">Ja Nein</p> <p>laut Sprechen, Schreien, Schimpfen, Lachen <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>plötzliche Bewegungen der Gliedmaßen, "Kämpfen" <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>Gesten, Bewegungsabläufe, die im Schlaf sinnlos sind wie z.B. winken, salutieren, Mücken verscheuchen, Stürze aus dem Bett <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>um das Bett herum umgefallene Gegenstände wie z.B. Nachttischlampe, Buch, Brille <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p>					
x0rb10	Kommt es vor, dass Sie durch Ihre eigenen Bewegungen wach werden?	x0rb10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein					
x0rb11	Können Sie sich nach dem Erwachen meist gut an den Inhalt Ihrer Träume erinnern?	x0rb11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein					
x0rb12	Ist Ihr Schlaf häufiger gestört?	x0rb12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein					
x0rb13	Liegt oder lag bei Ihnen eine Erkrankung des Nervensystems vor (z.B. Schlaganfall, Gehirnerschütterung, Parkinson, RLS, Narkolepsie, Depression, Epilepsie, entzündliche Erkrankung des Gehirns)?	x0rb13	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein					
x0ne04	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt die Huntington'sche Erkrankung oder die Veitstanz-Erkrankung diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne05				
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Huntington oder die Veitstanz-Erkrankung diagnostiziert?	x0ne04a, x0ne04b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>	_ _ _ _ _	_ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _							
Jahr	Bzw. damaliges Alter							
	Wurden Sie in den letzten 12 Monaten wegen Huntington, Veitstanz behandelt?	x0ne04c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht					
x0ne05	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt ein Myoklonus, ein Tick oder eine Dystonie diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne06				

	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal ein Myoklonus, Tick oder Dystonie diagnostiziert?	x0ne05a, x0ne05b	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne06d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht				
x0ne07	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt 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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						

	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	_ _ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter			
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	_ _ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter			
	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	_ _ _ _ _ _ _ _ Jahr Bzw. damaliges Alter			
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center; border: none;"> _ _ _ </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border: none;">Jahr</td> <td style="text-align: center; border: none;">Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _	_ _ _	Jahr	Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _	_ _ _								
Jahr	Bzw. damaliges Alter								

	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		<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x0ne14a Drehschwindel, "wie im Karussell"</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ne14b Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ne14c Benommenheitsgefühl</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ne14d orthostatischer Schwindel (Schwarz vor Augen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	x0ne14a Drehschwindel, "wie im Karussell"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ne14b Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ne14c Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	x0ne14d orthostatischer Schwindel (Schwarz vor Augen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Ja	Nein																	
x0ne14a Drehschwindel, "wie im Karussell"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
x0ne14b Schwankschwindel, "wie auf dem Schiff"	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
x0ne14c Benommenheitsgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2																	
x0ne14d 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	Ja	Nein	
			die sich auf eine Kopfhälfte beschränken?		
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg06	die bei Ihnen beidseitig auftreten?		
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg07	die einen pulsierenden oder pochenden Charakter haben?		
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg08	die einen dumpfen, drückenden bis ziehenden Charakter haben?		
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

<p>x0mg09</p>	<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 style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>die plötzlich an einer einzigen Stelle des Kopfes auftreten und nur für Sekunden stechend anhalten?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die durch körperliche Aktivität, z.B. Beim Treppensteigen, verstärkt werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Übelkeit begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </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																				
<p>x0mg13</p>	<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 style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>die von Erbrechen begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	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																				
<p>x0mg18</p>	<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 style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines, oder Sprachstörungen einhergehen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>1</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>2</td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nein	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																				
<p>x0mg21</p>	<p>Wie lange leiden Sie schon an Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Jahren an.</p>	<p>x0mg21</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>		<input type="text"/> <input type="text"/>																	
	<input type="text"/> <input type="text"/>																					
<p>x0mg22</p>	<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	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot11
x0ot02a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot02a			
	Wann? (Jahr)	x0ot02b, x0ot02c	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot11
x0ot03a	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot03a			
	Wann? (Jahr)	x0ot03b, x0ot03c	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0ot11
x0ot04	Beschreibung der Verletzung: INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04a			
	Wann? (Jahr)	x0ot04b, x0ot04c	_ _ _ _ Jahr	_ _ Bzw. damaliges Alter	
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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						
	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	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ Jahr</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ Bzw. damaliges Alter</td> </tr> </table>		_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter	
_ _ _ _ _ Jahr	_ _ _ Bzw. damaliges Alter						

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> <input type="checkbox"/> 1 Ich hatte bislang keine Regelblutung <input type="checkbox"/> 2 Ich weiß es nicht	
x0wo02	Haben Sie jemals hormonale Verhütungsmittel angewandt (gemeint sind Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring)?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="margin-left: 100px;"><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	_ _ Anzahl der Monate _ _ bzw. Anzahl der Jahre	
x0wo05	Sind Sie zurzeit schwanger?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht, möglicherweise	x0wo06
	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	x0wo05a	_ _	

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		
	anderen Grund angeben	x0wo08	<input type="checkbox"/> 2 Operation		end
		x0wo08a	<input type="checkbox"/> 3 anderer Grund		

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)			
			Nein Ja Entfernung (in Metern)	
	Durchzugsstraße	x0ex01, x0ex01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Landwirtschaft	x0ex02, x0ex02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Gartenbau/Baumschule	x0ex03, x0ex03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Tankstelle	x0ex04, x0ex04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Hochspannungsleitung	x0ex05, x0ex05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Chemische Reinigung	x0ex06, x0ex06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Offset Druckerei	x0ex07, x0ex07a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Lackierwerkstatt	x0ex08, x0ex08a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 \Rightarrow _ _ _ _ _	
	Schuhwerkstatt	x0ex09, x0ex09a	<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?			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>x0ex21</td> <td>Reinigungs-, Desinfektionsmittel</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex22</td> <td>Abgasen von Motoren</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex23</td> <td>Holzstaub</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex24</td> <td>Getreidestaub</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex25</td> <td>Stein- oder Glaswolle</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex26</td> <td>Asbest</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>		Ja	Nein	x0ex21	Reinigungs-, Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex22	Abgasen von Motoren	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex23	Holzstaub	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex24	Getreidestaub	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex25	Stein- oder Glaswolle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex26	Asbest	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	Ja	Nein																								
x0ex21	Reinigungs-, Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex22	Abgasen von Motoren	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex23	Holzstaub	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex24	Getreidestaub	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex25	Stein- oder Glaswolle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex26	Asbest	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex27	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys häufig folgenden Stoffen ausgesetzt?			<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> </tr> <tr> <td>x0ex27</td> <td>Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex28</td> <td>Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex29</td> <td>Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex30</td> <td>Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex31</td> <td>Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> <tr> <td>x0ex32</td> <td>Pflanzenschutzmitteln</td> <td><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</td> </tr> </table>		Ja	Nein	x0ex27	Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex28	Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex29	Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex30	Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex31	Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	x0ex32	Pflanzenschutzmitteln	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	Ja	Nein																								
x0ex27	Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex28	Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex29	Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex30	Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex31	Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
x0ex32	Pflanzenschutzmitteln	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																								
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.	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td></td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table>			.			.					T	T		M	M		J	J	J	J				
		.			.																					
T	T		M	M		J	J	J	J																	
fh01	Wie lauten Vor- und Nachname Ihrer Mutter? INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Woher stammt sie? (Ortschaft)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Wann wurde sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td></td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table> Jahr <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			.			.					T	T		M	M		J	J	J	J				
		.			.																					
T	T		M	M		J	J	J	J																	
fh02	Wie lauten Vor- und Nachname der Mutter Ihrer Mutter? (Großmutter mütterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Woher stammt sie? (Ortschaft)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Wann wurde Sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td></td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table> Jahr <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			.			.					T	T		M	M		J	J	J	J				
		.			.																					
T	T		M	M		J	J	J	J																	
fh03	Wie lauten Vor- und Nachname des Vaters Ihrer Mutter? (Großvater mütterlicherseits) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Woher stammt er? (Ortschaft)	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; width: 100%;"/>																								
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt)	<table style="margin: auto; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">.</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">T</td> <td style="text-align: center;">T</td> <td></td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> </table> Jahr <table style="margin-left: 100px; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>			.			.					T	T		M	M		J	J	J	J				
		.			.																					
T	T		M	M		J	J	J	J																	

