

# CHRIS COVID-19 BASELINE QUESTIONNAIRE

## 1. DEMOGRAPHIE – HAUSHALTZUSAMMENSETZUNG

### 1.1. [ccbq01] Bildungsgrad *[compulsory only to >14 years]*

- ☐ [1] Kein Abschluss
- ☐ [2] Grundschulabschluss
- ☐ [3] Mittelschulabschluss
- ☐ [4] Berufsbefähigungsdiplom
- ☐ [5] Maturadiplom
- ☐ [6] Auf Matura aufbauendes Diplom bis Laureatsstudiengang 1. Grades (Bachelor)
- ☐ [7] Laureatsstudiengang 2. Grades (Master) oder höher
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

### 1.2. [ccbq02] Wohngemeinde (bezieht sich auf die Wohnung, in der Sie für gewöhnlich leben) *[compulsory only to the main respondent within the same domicile]*

- ☐ [1] Glurns
- ☐ [2] Graun i. V.
- ☐ [3] Kastelbell-Tschars
- ☐ [4] Laas
- ☐ [5] Latsch
- ☐ [6] Mals
- ☐ [7] Martell
- ☐ [8] Prad a. St.
- ☐ [9] Schlanders

- ☐ [10] Schluderns
- ☐ [11] Schnals
- ☐ [12] Stilfs
- ☐ [13] Taufers i. M.
- ☐ [OTHER] Anderes: \_\_\_\_\_

1.3. [ccbq03] Wie viele Personen leben für gewöhnlich in der Wohnung, Sie selbst eingeschlossen?

**[ad-hoc]** *[compulsory only to the main respondent within the same domicile]*

1.4. [ccbq04] Wie viele Zimmer gibt es in der Wohnung?

*(Ausgenommen Badezimmer, Nebenräume und Nebenflächen)*

*[compulsory only to the main respondent within the same domicile]*

- ☐ [1] 1
- ☐ [2] 2
- ☐ [3] 3
- ☐ [4] 4
- ☐ [5] 5
- ☐ [6] 6+

## 2. **ANAMNESE\***

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Zeitraum vom **1. Februar** bis **heute**.

2.1. [cclq01] Haben Sie einen Nasen-Rachen-Abstrich auf eine Infektion mit dem neuartigen Coronavirus gemacht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, und ich war Coronavirus-positiv
- ☐ [2] Ja, ich kenne aber noch nicht das Ergebnis
- ☐ [3] Ja, und ich war Coronavirus-NEGATIV
- ☐ [4] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.2. [cclq02] Waren Sie wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus in Quarantäne oder als vorbeugende Maßnahme in häuslicher Isolation? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, in einem abgetrennten Zimmer oder allein wohnhaft
- ☐ [2] Ja, aber NICHT völlig abgetrennt von meinen Mitbewohnern
- ☐ [3] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.3. [cclq03] Wurden Sie ins Krankenhaus eingeliefert wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, stationär auf der Intensivstation
- ☐ [2] Ja, stationär in einer anderen Abteilung
- ☐ [3] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.4. [cclq04] Wurden Ihnen Medikamente oder Therapien wegen Verdacht auf oder bestätigter Infektion mit dem neuartigen Coronavirus verschrieben oder verabreicht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.5. [cclq05] Haben Sie eine Blutprobe zur Untersuchung auf Immunität gegen das neuartige Coronavirus gemacht? *[compulsory to all]*

- ☐ [1] Ja, und ich hatte Antikörper gegen das Coronavirus
- ☐ [2] Ja, ich kenne aber noch nicht das Ergebnis
- ☐ [3] Ja, und ich hatte KEINE Antikörper gegen das Coronavirus
- ☐ [4] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.6. [cclq06] Hatten Sie vom 1. Februar bis heute, mit Ausnahme bereits bekannter Erkrankungen, eines der folgenden Symptome? *[Multiple answers]*

Symptom	Ja
[cclq06a] Fieber	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06b] Schüttelfrost	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06c] Abgeschlagenheit/verstärkte Müdigkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06d] Muskel-/Gliederschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06e] Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06f] Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06g] Verlust des Geschmackssinns	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06h] Verlust des Geruchssinns	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06i] Ohrenschmerzen (Ohrenentzündung)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06j] gerötete oder brennende Augen (Bindehautentzündung)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06k] Augenschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06l] Schnupfen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06m] Halsschmerzen oder Heiserkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06n] trockener Husten (ohne Schleim oder Auswurf)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06o] Reizhusten (mit Schleim oder Auswurf)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06p] Husten mit Blut im Auswurf (Hämoptyse)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06q] Kurzatmigkeit oder Atemnot	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06r] Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06s] Herzasen (Tachykardie) oder Herzklopfen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06t] Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06u] Übelkeit	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06v] Erbrechen	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06w] Durchfall	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06x] lehmfarbener oder schmieriger Stuhl (Fettstuhl)	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06y] Überempfindlichkeit der Haut	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06z] Juckreiz oder Hautausschlag	<input type="checkbox"/> [1]
[cclq06] Ich hatte keines der genannten Symptome	<input type="checkbox"/> [2]
[cclq06] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> [-88]

2.7. [cclq07] Wann ungefähr traten die ersten Symptome auf?

*[Only if 'yes' to any symptoms in 2.6.]*

☐ Click or tap to enter a date.

2.8. [cclq09] Haben Sie wegen der angegebenen Symptome einen Arzt kontaktiert?

*[Only if 'yes' to any symptoms in 2.6.]*

- ☐ [1] Ja, und ich habe Medikamente eingenommen
- ☐ [2] Ja, aber ich habe KEINE Medikamente eingenommen
- ☐ [3] NEIN, aber ich habe Medikamente eingenommen
- ☐ [4] NEIN, ich habe deswegen KEINEN Arzt konsultiert und KEINE Medikamente eingenommen
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

2.9. [cclq10] Haben die angegebenen Symptome Sie bei Ihren alltäglichen Tätigkeiten eingeschränkt?

*[Only if 'yes' to any symptoms in 2.6.]*

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

### 3. **KONTAKTE\***

In den vergangenen 4 Wochen, wie häufig hatten Sie engen Kontakt (zu Hause, unterwegs, bei der Arbeit oder in der Freizeit) oder haben sich für mindestens 15 Minuten mit weniger als 2 Metern Abstand im selben geschlossenen Raum aufgehalten mit ...

*[compulsory to all. Multiple questions]*

3.1. [cclq11] einer mit dem Coronavirus INFIZIERTEN Person, mit der Sie zusammenleben?

*[Only if No. >1 in q1.3]*

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

3.2. [cclq12] einer mit dem Coronavirus INFIZIERTEN Person, mit der Sie NICHT zusammenleben?

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

3.3. [cclq13] einer Person MIT Symptomen, mit der Sie zusammenleben?

*[Only if No. >1 in q1.3]*

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

## 3.4. [cclq14] einer Person MIT Symptomen, mit der Sie NICHT zusammenleben?

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

## 3.5. [cclq15] einer Person OHNE Symptome, mit der Sie NICHT zusammenleben?

- ☐ [1] Regelmäßig (mindestens einmal pro Woche)
- ☐ [2] Gelegentlich (weniger als einmal pro Woche)
- ☐ [3] Nie
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht



## 4. VORERKRANKUNGEN

4.1. [ccbq11] Wurde Ihnen jemals von einem Arzt eine der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?  
*[compulsory to all. Multiple answers]*

Erkrankung	Ja
[ccbq11a] Diabetes	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11b] andere Stoffwechselstörungen (z. B. erhöhte Cholesterinwerte, Adipositas)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11c] Allergie der Atemwege (z. B. Heuschnupfen)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11d] andere Allergien (z. B. Kontaktallergie)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11e] Asthma	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11f] Chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11g] Andere Lungenerkrankungen (mit Ausnahme von Tumoren) (z. B. Lungenhochdruck, Lungenembolie)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11h] erhöhter Blutdruck oder Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11i] Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern, Träger eines Herzschrittmachers)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11j] Ischämische oder zerebrovaskuläre Erkrankung. (z. B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Verengung der Halsschlagader)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11k] andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzklappenerkrankung, Claudicatio, Venenthrombose)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11l] Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11m] Lebererkrankung (z. B. Hepatitis, Zirrhose)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11n] Rheumatische Autoimmunerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, SLE, Spondyloarthritis, Psoriasisarthritis)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11o] Erkrankungen des Bewegungsapparats (z. B. Arthrose, Fibromyalgie, Bandscheibenvorfall)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11p] Blutkrankheit (z. B. Thalassämie, Leukämie)	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11q] Psychische oder affektive Erkrankung	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11r] Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq11] Mir wurde keine der genannten Erkrankungen diagnostiziert	<input type="checkbox"/> [2]
[ccbq11] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> [-88]

## 5. BEHANDLUNGEN – EINGRIFFE – IMPFUNGEN

*[Compulsory to all. Multiple questions]*

5.1. [ccbq12] Waren Sie in den vergangenen 12 Monaten stationär im Krankenhaus?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.2. [ccbq13] Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Operation unter Vollnarkose?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.3. [ccbq14] Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Chemo- oder Strahlentherapie?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.4. [ccbq15] Hatten Sie im Laufe des Lebens eine Organtransplantation?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.5. [ccbq16] Sind Sie zurzeit schwanger oder waren Sie es in den vergangenen 6 Monaten?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.6. [ccbq17] Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Impfung gegen saisonale Grippe erhalten?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.7. [ccbq18] Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine Impfung gegen Pneumokokken erhalten?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.8. [ccbq19] Haben Sie in den vergangenen 12 Monaten eine andere Impfung erhalten?

- ☐ [1] Ja
- ☐ [2] Nein
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

5.9. [ccbq20] Haben Sie in den vergangenen 4 Wochen regelmäßig eines der folgenden Medikamente eingenommen? *[Compulsory to all. Multiple answers]*

Medikament/Behandlung	Ja
[ccbq20a] Aspirin ( <i>Cardioaspirina, Aspirinetta, Cardirene, usw.</i> )	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20b] zur Blutverdünnung ( <i>Sintrom, Coumadin, Eliquis, Pradaxa, Xarelto, usw.</i> )	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20c] zur Behandlung von Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20d] zur Behandlung der Cholesterinwerte	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20e] zur Behandlung von Diabetes	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20f] zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen (z. B. <i>Eutirox</i> )	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20g] Hormontherapie (z. B. <i>Ersatztherapie, Antibabypille</i> )	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20h] zur Behandlung von Asthma oder Bronchitis	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20i] kortisonhaltiges Medikament oder anderes Immunsuppressivum	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20j] entzündungshemmendes oder nicht-steroidhaltiges Schmerzmittel (z. B. <i>Diclofenac, Ibuprofene, Oki</i> )	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20k] Medikament gegen Angstzustände, Beruhigungsmittel oder Antidepressivum	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20l] Vitamin D	<input type="checkbox"/> [1]
[ccbq20] Ich habe keines der genannten Medikamente eingenommen	<input type="checkbox"/> [2]
[ccbq20] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht	<input type="checkbox"/> [-88]

## 6. SOZIOÖKONOMISCHE SITUATION

6.1. [ccbq21] In den 12 Monaten vor den Coronavirus-bedingten Notmaßnahmen, was war Ihre Beschäftigungssituation? *[compulsory only to >14 years]*

- ☐ [1] Stabile Arbeitssituation (*einschließlich mithelfendes Familienmitglied oder vorübergehend abwesend / von der Arbeit beurlaubt*)
- ☐ [2] Temporäre oder saisonale Arbeitssituation
- ☐ [3] Arbeitslos, auf der Suche nach einem Arbeitsplatz
- ☐ [4] Student/in
- ☐ [5] In Rente
- ☐ [6] Im eigenen Haushalt tätig
- ☐ [7] Anderes
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

6.2. [ccbq22] In welchen Sektor fällt Ihr Hauptberuf?

*[Compulsory only if 'Stabile Arbeitssituation' or 'Temporäre oder saisonale Arbeitssituation' to 6.1]*

- ☐ [1] Land- und Forstwirtschaft, Viehzucht
- ☐ [2] Bergbau, Bauwesen und Industrie
- ☐ [3] Handwerk
- ☐ [4] Bereitstellung grundlegender Dienste (*Energie, Wasser, Erdgas, Abfall*)
- ☐ [5] Transportwesen und Spedition
- ☐ [6] Beherbergung und Gastronomie
- ☐ [7] Handel (*einschließlich Apotheken und Fahrzeugreparatur*)
- ☐ [8] Gesundheitswesen
- ☐ [9] Sozialwesen (*einschließlich für Kinder*)
- ☐ [10] Bildungswesen
- ☐ [11] Öffentliche Verwaltung
- ☐ [12] Polizei, Militär und öffentliche Sicherheitskräfte
- ☐ [13] Anderes
- ☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

## 7. LEBENSSTIL

### Rauchen

7.1. [ccbq23] Rauchen Sie Zigaretten (oder Tabak im Allgemeinen)? *[Compulsory only to >14 years]*

☐ [1] Ich rauche derzeit (mindestens 1 Mal pro Tag)

7.1.1. *[Sub-question]* [ccbq23a] Wie viele Zigaretten pro Tag?

☐ [1] weniger als 10

☐ [2] 11 bis 20

☐ [3] mehr als 20

☐ [2] Ich rauche gelegentlich (nicht täglich)

☐ [3] Ich habe früher geraucht und jetzt ganz aufgehört

7.1.2. *[Sub-question]* [ccbq23b] Seit wann?

☐ [1] weniger als 1 Monat

☐ [2] zwischen 1 Monat und 6 Monaten

☐ [3] mindestens 6 Monate

☐ [4] Ich habe nie geraucht (bzw. weniger als 100 Zigaretten im bisherigen Leben)

☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

### Körperliche Aktivität und Anthropometrie

7.2. [ccbq24] Verrichten Sie moderate oder intensive körperliche Aktivität, an 2 Tagen oder mehr pro Woche für insgesamt mindestens 5 Stunden? *[Compulsory to all]*

☐ [1] Ja

☐ [2] Nein

☐ [-88] Ich möchte nicht antworten/Ich weiß nicht

7.3. [ccbq25] Bitte geben Sie ihr Gewicht (in kg) an: \_\_\_\_\_ *[Compulsory to all]*

7.4. [ccbq26] Bitte geben Sie Ihre Körpergröße (in cm) an: \_\_\_\_\_ *[Compulsory to all]*

---

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

---