

## Table of Contents

ADMINISTRATION .....	4
PERSON - GEBURT .....	5
PERSON - FAMILIE .....	5
PERSON - AUSBILDUNG .....	6
BERUF - TÄTIGKEIT .....	7
BERUF - AKTUELLE TÄTIGKEIT .....	7
BERUF - EHEM. TÄTIGKEITEN .....	8
WOHNORT .....	11
SCHADSTOFFE - GARTEN.....	12
SCHADSTOFFE - HAUS.....	12
SCHADSTOFFE - BERUF/HOBBIES.....	13
ENTWICKLUNG - GEBURTSGEWICHT.....	14
ENTWICKLUNG - SCHWANGERSCHAFTSDAUER.....	14
ENTWICKLUNG - GEBURT .....	15
FRAUEN - MENARCHE.....	16
FRAUEN - KONTRAZEPTIVA.....	16
FRAUEN - SCHWANGERSCHAFT .....	17
FRAUEN - MENSTRUATION.....	17
NUTRITION (DAIMON).....	19
ALCOHOL (DAIMON).....	24
ALKOHOL.....	27
RAUCHEN - ANFANG.....	29
RAUCHEN - ZURZEIT .....	29
RAUCHEN - FRÜHER.....	29
PASSIVRAUCHEN - GENERELL .....	31
PASSIVRAUCHEN - DETAILS .....	31
CHRONISCH - LEBER.....	32
CHRONISCH - GICHT.....	32
CHRONISCH - OSTEOPOROSE.....	32
CHRONISCH - VASKULITIS .....	32
KREBS .....	34
DIABETES.....	35
NIEREN - ERKRANKUNGEN .....	36
NIEREN - NIERENINSUFFIZIENZ .....	37
NIEREN - OPERATION .....	38
BLUTHOCHDRUCK .....	40
BLUTHOCHDRUCK - MEDIKAMENTE .....	40
BLUTFETT.....	40

SCHILDDRÜSE - ERKRANKUNGEN.....	42
SCHILDDRÜSE - OPERATION.....	43
SCHILDDRÜSE - THERAPIE.....	43
SCHILDDRÜSE - FAMILIÄR.....	43
HERZINFARKT - ANGINA PECTORIS.....	45
HERZINFARKT - ANGINA PECTORIS (REVISED).....	46
HERZINFARKT - HERZKRUNZGEFÄßE.....	47
HERZINFARKT.....	47
HERZINFARKT - OPERATION.....	48
HERZINSUFFIZIENZ - SYMPTOME.....	49
HERZINSUFFIZIENZ - ERKRANKUNGEN.....	49
HERZINSUFFIZIENZ - EKG.....	50
HERZINSUFFIZIENZ.....	50
FLIMMERN - ERKRANKUNGEN.....	51
FLIMMERN - SYMPTOME.....	51
FLIMMERN - CHRONISCH.....	51
FLIMMERN - RHYTHMUSSTÖRUNG.....	52
FLIMMERN - BEHANDLUNGEN.....	52
HERZERKRANKUNGEN - ANDERE.....	54
BLUTGERINNSEL - ARTERIEN.....	55
BLUTGERINNSEL - VENEN.....	55
SCHLAGANFALL - TIA.....	57
SCHLAGANFALL.....	57
SCHLAGANFALL - SYMPTOME1.....	57
SCHLAGANFALL - SYMPTOME2.....	58
NEUROLOGIE - EPILEPSIE.....	59
NEUROLOGIE - TREMOR.....	59
NEUROLOGIE - PARKINSON.....	60
NEUROLOGIE - VERGESSLICHKEIT.....	60
NEUROLOGIE - MULTIPLE SKLEROSE.....	61
NEUROLOGIE - KTS.....	61
NEUROLOGIE - ANDERE.....	61
KOPFSCHMERZEN.....	63
KOPFSCHMERZEN - MERKMALE.....	63
KOPFSCHMERZEN - STÄRKE.....	64
SCHMERZEN - RÜCKENSCHMERZEN.....	65
SCHMERZEN - GELENKSCHMERZEN.....	65
SCHMERZEN - ANDERE.....	66
SCHMERZEN - HAUPTSCHMERZ.....	66
SONSTIGES - UNFÄLLE.....	67
SONSTIGES - KRANKHEITEN.....	68
SONSTIGES - OPERATIONEN.....	71

<b>ALGOMETER .....</b>	<b>72</b>
<b>KOGNITION - ORIENTIERUNG .....</b>	<b>73</b>
<b>KOGNITION - MERKFÄHIGKEIT.....</b>	<b>73</b>
<b>KOGNITION - SPRACHE .....</b>	<b>74</b>
<b>RIECHTEST - ALLGEMEIN .....</b>	<b>76</b>
<b>RIECHTEST - DETAILS .....</b>	<b>76</b>
<b>RIECHTEST - TEST1 .....</b>	<b>77</b>
<b>RIECHTEST - TEST2 .....</b>	<b>78</b>
<b>FAMILIE .....</b>	<b>79</b>

Version in use since 2013-11-21

Version used until - - -

#### LAST CHANGES:

Until 2014-05-16 the Nutrition + Alcohol module (DAIMON) was still in use;

since 2014-05-19 the reduced Alcohol module ("Alkohol") in LimeSurvey is applied. Nutrition is assessed by a paper-based self-administrated FFQ since 2014-05-05.

2014-09-01: Introduction of MMSE + Sniffin'Sticks

2014-09-01: Revision of the logic in "Angina pectoris" module

2015-04-16: x0\_opint and x0\_opint2 (add new study assistant "SaS"); x0bl12 and x0th12b (correct typos German)

## Administration

	<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><b>INT:</b> Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>		
<b>x0_opint</b>	<p><b>INT:</b> Bitte geben Sie ihren Namen an.</p>	<p style="text-align: center;">x0_opint</p>	<div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 10px;"> <div><input type="checkbox"/> ByK</div> <div><input type="checkbox"/> GrB</div> <div><input type="checkbox"/> GuR</div> <div><input type="checkbox"/> LiB</div> <div><input type="checkbox"/> MoL</div> <div><input type="checkbox"/> ObT</div> <div><input type="checkbox"/> PaL</div> <div><input type="checkbox"/> TeR</div> <div><input type="checkbox"/> SaS</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 10px;"> <span style="margin-right: 20px;">x0_opinta</span> <div style="text-align: right;">             Sonstiges _____           </div> </div>

## Person - Geburt

<b>x0_sex</b>	(Geschlecht) <b>INT:</b> Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Männlich <input type="checkbox"/> 2 Weiblich	
<b>x0_birthd</b>	Wann sind Sie geboren? <b>INT:</b> Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	<div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>T</div> <div>T</div> </div> </div> <div> <div>.</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div> <div>M</div> <div>M</div> </div>	

.

J

J

J

J

## Person - Familie

<b>x0pe02</b>	Wie viele Brüder und Schwestern haben oder hatten Sie (inklusive möglicher verstorbener Geschwister), sie selbst ausgenommen? <b>INT:</b> Inklusive Stiefgeschwister (ein gemeinsamer Elternteil) aber nicht Adoptivgeschwister oder Geschwister mit anderen Eltern.	x0pe02a x0pe02b	Anzahl der Brüder <div><div></div><div></div><div></div></div> Anzahl der Schwestern <div><div></div><div></div><div></div></div>	if x0pe02= 0 <b>x0pe06</b>
	Wie viele Brüder leben noch? Wie viele Schwestern leben noch?	x0pe02c x0pe02d	<div><div></div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div><div></div></div>	
<b>x0pe04</b>	Sind sie ein Zwilling oder bei einer Zwillings- oder Mehrlingsgeburt zur Welt gekommen?	x0pe04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
<b>x0pe06</b>	Betrachten Sie Liste 1: Welchen Familienstand haben Sie?	x0pe06	<input type="checkbox"/> 1 Verheiratet/Zusammenlebend/Partnerschaft <input type="checkbox"/> 2 Getrennt/Geschieden <input type="checkbox"/> 4 Verwitwet <input type="checkbox"/> 5 Single/noch nie verheiratet <input type="checkbox"/> 6 Ich möchte nicht antworten	
<b>x0pe11</b>	Wie viele leibliche Söhne und Töchter haben Sie? <b>INT:</b> Gemeint sind nur lebende Kinder.	x0pe11a x0pe11b	Anzahl der Söhne <div><div></div><div></div><div></div></div> Anzahl der Töchter <div><div></div><div></div><div></div></div>	

## Person - Ausbildung

<b>x0pe08</b>	Gemäß Liste 2: Welches ist der höchste von Ihnen erworbene Schulabschluss?	x0pe08	<input type="checkbox"/> 1 Ohne Abschluss <input type="checkbox"/> 2 Grundschule (Volksschule) <input type="checkbox"/> 3 Mittelschule ('Mittelschulabschluss') <input type="checkbox"/> 4 Berufsschule/Fachschule <input type="checkbox"/> 5 Oberschule (Abschluss: 'Matura') <input type="checkbox"/> 6 Universität/Fachhochschule oder höher	
<b>x0pe09</b>	Wie viele Jahre sind Sie insgesamt zur Schule gegangen (beginnend mit der ersten Klasse Grundschule)?  <b>INT:</b> Hier ist die Ausbildung gemeint, inklusive Studium. Es zählen nur vollendete Jahre.	x0pe09	<div style="text-align: right;"> _ _ </div>	

## Beruf - Tätigkeit

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihren Beruf.</i>				
<b>x0oc00</b>	Gemäß Liste 3: Sind Sie zur Zeit berufstätig?	x0oc00	<input type="checkbox"/> 1 Ja, ganztätig <input type="checkbox"/> 2 Ja, regelmäßig teilzeitbeschäftigt	<b>x0oc01</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Ja, geringfügig beschäftigt oder unregelmäßig beschäftigt <input type="checkbox"/> 4 Nein	
	Wie lautet die Adresse Ihres aktuellen Arbeitsplatzes?		Straße/Platz und Hausnummer _____ PLZ _____ Gemeinde und eventuelle Fraktion _____ Provinz _____ Staat _____	<b>x0oc13</b>

## Beruf - aktuelle Tätigkeit

<b>x0oc01</b>	Haben Sie früher einen Beruf ausgeübt?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	if age <= 75 <b>x0oc10</b> if age > 75 <b>x0oc13</b>
<b>x0oc01a</b>	Bis zu welchem Jahr sind Sie regelmäßig berufstätig gewesen?	x0oc01a	Jahr       _ _ _ _	if age > 75 <b>x0oc13</b>
<b>x0oc10</b>	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 <b>x0oc13</b> if x0oc01= 2 <b>x0rh01</b>
<b>x0oc11</b>	Seit wann sind Sie ohne Unterbrechung arbeitslos?	x0oc11a, x0oc11b	_ _  .  _ _ _ _ _  Monat                      Jahr	

<b>x0oc13</b>	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	<b>x0oc02</b> if x0oc01 = 2 <b>x0rh01</b>
<b>x0oc13</b>	Seit wann haben Sie diese Rente bezogen? Bis wann haben Sie diese Rente bezogen? Oder heute <b>INT:</b> Falls die Rente immer noch bezogen wird, muss das Feld "oder bis jetzt" mit "Ja" beantwortet werden. Ansonsten Feld leer lassen.	x0oc13a x0oc13b x0oc13c	Seit (Jahr) <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"/> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		if x0oc01 = 2 <b>x0rh01</b>

## Beruf - ehem. Tätigkeiten

<b>x0oc02</b>	Gemäß Liste 5: Welchen Beruf/welche Tätigkeit haben Sie für mindestens 1 Jahr ausgeübt? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen. Wenn mehr als 6 Berufe, nur jene berücksichtigen, die am längsten ausgeübt wurden.	x0oc02a x0oc02b	<input type="checkbox"/> 1 Bauer/Landwirt <input type="checkbox"/> 2 Büro/Sekretär <input type="checkbox"/> 3 Elektriker <input type="checkbox"/> 4 Fliesenleger/Maurer/Zimmermann <input type="checkbox"/> 5 Hotel/Gastgewerbe <input type="checkbox"/> 6 Kellner/Barist/ Koch <input type="checkbox"/> 7 Krankenpfleger/Arzt <input type="checkbox"/> 8 Lehrer <input type="checkbox"/> 9 Mechaniker <input type="checkbox"/> 10 Tischler Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc02c x0oc02d	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"/> <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	



	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc08
<b>x0oc03</b>	Gemäß Liste 5: Welchen? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	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 _____		
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc03c	Von (Jahr)       _ _ _ _		
	Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc03d	Bis (Jahr)       _ _ _ _		
	Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc08
<b>x0oc04</b>	Gemäß Liste 5: Welchen? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	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 _____		
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc04c	Von (Jahr)       _ _ _ _		
	Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc04d	Bis (Jahr)       _ _ _ _		
	Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc08
<b>x0oc05</b>	Gemäß Liste 5: Welchen? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	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 _____		
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc05c	Von (Jahr)       _ _ _ _		
	Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?	x0oc05d	Bis (Jahr)       _ _ _ _		
	Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		

	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc08	
<b>x0oc06</b>	Gemäß Liste 5: Welchen? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	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 _____			
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?  Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?  Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc06c	Von (Jahr) _____			
		x0oc06d	Bis (Jahr) _____			
			<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}			
	Haben Sie einen weiteren Beruf/Tätigkeit für mindestens 1 Jahr ausgeübt?	x0oc07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc08	
<b>x0oc07</b>	Gemäß Liste 5: Welchen? <b>INT:</b> Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc07a	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)			
		x0oc07b	Anderes _____			
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?  Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt?  Oder heute <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07c	Von (Jahr) _____			
		x0oc07d	Bis (Jahr) _____			
			<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}			
<b>x0oc08</b>	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			

## Wohnort

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)

Ab wann (Jahr) haben Sie dort gelebt? (x0rh01b / x0rh02b / x0rh03b / x0rh04b / x0rh05b / x0rh06b / x0rh07b / x0rh08b / x0rh09b / x0rh10b)

Bis wann (Jahr) haben Sie dort gelebt?

(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)

	Wo? (Ortschaft)	Ab wann (Jahr)	Bis wann (Jahr) / Bis heute	ein weiterer Ort?		
				Ja	Nein	
x0rh01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>
x0rh10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> 1			

end

## Schadstoffe - Garten

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf die Belastung durch Risikofaktoren aus der Umwelt.</i>					
<b>x0ex10</b>	Bearbeiten Sie einen Garten (auch Schrebergarten oder Feldarbeit)?	x0ex10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ex12</b>
<b>x0ex11</b>	Wenden Sie dort Pflanzenschutzmittel (Insekten-, Unkraut- oder Pilzvernichtungsmittel) an?	x0ex11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ex12</b>
<b>x0ex11a</b>	Gemäß Liste 7: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?	x0ex11a	<input type="checkbox"/> 1 1 Mal pro Woche und öfter <input type="checkbox"/> 2 1 - 3 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 3 Seltener		

## Schadstoffe - Haus

<b>x0ex12</b>	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	<b>x0ex13</b>
<b>x0ex12a</b>	Gemäß Liste 7: Wie oft setzen Sie solche Mittel etwa ein?	x0ex12a	<input type="checkbox"/> 1 1 Mal pro Woche und öfter <input type="checkbox"/> 2 1 - 3 Mal pro Monat <input type="checkbox"/> 3 Seltener		
<b>x0ex13</b>	Benutzen oder benutzten Sie in Ihrer Wohnung/Ihrem Haus Holzschutzmittel?  <b>INT:</b> Gemeint sind Holzimprägnierungsmittel, Lack, Holzkittlösungen	x0ex13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ex21</b>
<b>x0ex13a</b>	Gemäß Liste 8: 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		

## Schadstoffe - Beruf/Hobbies

<b>x0ex21</b>	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys HÄUFIG folgenden Stoffen ausgesetzt?		Ja	Nein	
		x0ex21	Reinigungs-, Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex22	Abgasen von Motoren	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex23	Holzstaub	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex24	Getreidestaub	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex25	Stein- oder Glaswolle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0ex26	Asbest	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		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
<b>x0ex20</b>	Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz starkem Lärm ausgesetzt?	x0ex20	<input type="checkbox"/> 1    Ja	<input type="checkbox"/> 2    Nein	

## Entwicklung - Geburtsgewicht

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Geburt und Entwicklung.</i>			
<b>x0bi01a</b>	Wissen Sie ihr genaues Geburtsgewicht?	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr <hr/> <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0bi03</b>
	Wie viel betrug Ihr Geburtsgewicht?  <b>INT:</b> Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit geringen Überlebenschancen	x0bi01	_ _ _ _  In Gramm	

## Entwicklung - Schwangerschaftsdauer

<b>x0bi03</b>	Waren Sie eine Früh- oder eine Spätgeburt?  <b>INT:</b> Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi03	<input type="checkbox"/> 1 Frühgeburt <hr/> <input type="checkbox"/> 2 Normal <hr/> <input type="checkbox"/> 3 Spätgeburt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	<b>x0bi04</b>
<b>x0bi02a</b>	Wissen Sie genau in welcher Schwangerschaftswoche sich Ihre Mutter zum Zeitpunkt Ihrer Geburt befand?	x0bi02a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr <hr/> <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0bi03</b>
	In welcher Schwangerschaftswoche befand sich Ihre Mutter zum Zeitpunkt Ihrer Geburt?  <b>INT:</b> Eine normale Schwangerschaft dauert 40 Wochen.	x0bi02	_ _  In Wochen	

## Entwicklung - Geburt

<b>x0bi04</b>	Gemäß Liste 9: Wie wurden Sie geboren?	x0bi04	<input type="checkbox"/> 1 Normale Geburt <input type="checkbox"/> 2 Geburt unter Zuhilfenahme einer Geburtszange oder eines Vakuums <input type="checkbox"/> 3 Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	
<b>x0bi05</b>	Gemäß Liste 10: Wie lange wurden Sie gestillt?	x0bi05	<input type="checkbox"/> 1 Ich wurde nicht gestillt <input type="checkbox"/> 2 Ich wurde gestillt, aber ich weiß nicht wie lange <input type="checkbox"/> 3 bis zu 2 Wochen <input type="checkbox"/> 4 3-4 Wochen (bis zu 1 Monat) <input type="checkbox"/> 5 2-3 Monate <input type="checkbox"/> 6 4-6 Monate <input type="checkbox"/> 7 Länger als 6 Monate <input type="checkbox"/> 8 Ich weiß nicht ob ich gestillt wurde	
<b>x0bi06</b>	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	<b>end</b>
	Bitte geben Sie an welche	x0bi06a	_____	

## Frauen - Menarche

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf das Gebiet der Gynäkologie.</i>			if male <b>end</b>
<b>x0wo01</b>	Wissen Sie das Alter in dem Sie Ihre erste Monatsblutung hatten?	x0wo01	<input type="checkbox"/> 0 Ja	<b>x0wo03</b>
			<input type="checkbox"/> 1 Ich hatte bislang keine Regelblutung <input type="checkbox"/> 2 Ich weiß es nicht	
	Mit welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?	x0wo01b	Alter (Jahre) <span style="float: right;"> _ _ </span>	

## Frauen - Kontrazeptiva

<b>x0wo03</b>	Benützen Sie zurzeit hormonale Verhütungsmittel (Kontrazeptiva)? (Gemeint sind Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring)  <b>INT:</b> Diese Frage bezieht sich nur auf Verhütungsmittel und nicht auf sonstige Hormonpräparate für Frauen.		<input type="checkbox"/> 1 Ja		<b>x0wo04a</b>
		x0wo03	<input type="checkbox"/> 6 Nein		
			<input type="checkbox"/> 7 Ich möchte nicht antworten		if age<=55y <b>x0wo05</b> if age>55y <b>x0wo12</b>
<b>x0wo02</b>	Haben Sie jemals hormonale Verhütungsmittel angewandt?	x0wo02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	if age<=55y <b>x0wo05</b> if age>55y <b>x0wo12</b>
<b>x0wo04</b>	Wie viele Monate bzw. Jahre haben Sie hormonale Verhütungsmittel angewandt?  <b>INT:</b> Nur Dauer der tatsächlichen Einnahme erfragen! Angabe erfolgt in Monaten (nur bis zu 12 Monate!) ODER Jahren. Wenn >1 Jahr auf ganzes Jahr ab- bzw. aufrunden. Bitte DAUER ALLER GENOMMENEN PRÄPARATE (Antibabypille, Implanon, 3-Monatsspritze oder hormonhaltiger Vaginalring) SUMMIEREN!	x0wo04a	_ _  Anzahl der Monate		if age>55y <b>x0wo12</b>
		x0wo04b	_ _  bzw. Anzahl der Jahre		



## Frauen - Schwangerschaft

<b>x0wo05</b>	Sind Sie zurzeit schwanger?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1    Ja		
			<input type="checkbox"/> 2    Nein <input type="checkbox"/> 3    Ich weiß es nicht, möglicherweise		
	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	x0wo05a	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>		
<b>x0wo12</b>	Waren Sie jemals schwanger? (einschließlich Totgeburten und Fehlgeburten!)	x0wo12	<input type="checkbox"/> 1    Ja	<input type="checkbox"/> 2    Nein <input type="checkbox"/> 3    Ich weiß es nicht	<b>x0wo06</b>
<b>x0wo12a</b>	Wie viele Kinder haben Sie geboren, einschließlich totgeborener Kinder?  <b>INT:</b> Definition Totgeburt: Geburt einer toten Leibesfrucht nach einer Schwangerschaft von mindestens 28 Wochen (bzw. mind. 7 Monaten).	x0wo12a	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>		

## Frauen - Menstruation

<b>x0wo06</b>	Haben Sie noch Ihre Monatsblutung?  <b>INT:</b> Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 1    Ja		<b>end</b>
			<input type="checkbox"/> 6    Nein		
			<input type="checkbox"/> 7    Ich weiß es nicht		<b>end</b>
	Wann haben die Blutungen aufgehört?	x0wo07	Alter (Jahre) <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>		
<b>x0wo08</b>	Aus welchem Grund blieb die Regel aus?		<input type="checkbox"/> 1    Wechseljahre		
		x0wo08	<input type="checkbox"/> 2    Operation <input type="checkbox"/> 3    anderer Grund		<b>end</b>
	anderen Grund angeben	x0wo08a	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; display: inline-block;"></div>		

<b>x0wo09</b>	Nehmen Sie zurzeit Hormonersatzpräparate (aufgrund Ihrer Wechseljahre) ein?  <b>INT:</b> Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen, außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo09	<div> <input type="checkbox"/>1 Ja         </div> <hr/> <div> <input type="checkbox"/>6 Nein         </div> <hr/> <div> <input type="checkbox"/>7 Ich weiß es nicht         </div>	<b>x0wo11</b>          <b>x0wo11</b>
<b>x0wo10</b>	Haben Sie jemals diese Hormonersatzpräparate (aufgrund Ihrer Wechseljahre) eingenommen?  <b>INT:</b> Gemeint sind Östrogene oder Gestagene, d.h. Hormonpräparate speziell für Frauen, außer Antibabypille, z.B. in Form von Tabletten, Salben, Pflaster oder Spritzen	x0wo10	<div> <input type="checkbox"/>1 Ja         </div> <div> <input type="checkbox"/>2 Nein    <input type="checkbox"/>3 Ich weiß es nicht         </div>	<b>end</b>
<b>x0wo11</b>	Wie viele Jahre insgesamt haben Sie diese Hormonpräparate eingenommen?  <b>INT:</b> Zählen Sie bitte nur die Zeiten zusammen, in denen Sie die Präparate eingenommen haben und rechnen Sie Unterbrechungen nicht mit.	x0wo11a  x0wo11b	<div>        __ __  Anzahl der Jahre     </div> <div>        __ __  Anzahl der Monate wenn weniger als 1 Jahr     </div>	

# Nutrition (DAIMON)

In use until 2014-05-16

	Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich? <b>INT:</b> Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					
<b>x0fd01</b>	Fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr- mals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd02</b>	Rotes Fleisch (ohne Wurstwaren)					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd03</b>	Wurstwaren, Schinken					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd04</b>	Geflügel					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd05</b>	Fisch					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd06</b>	Kartoffeln					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd07</b>	Teigwaren					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd07</b>	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?)					
	<b>INT:</b> Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					
<b>x0fd07</b>	Fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr- mals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd08</b>	Reis					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd09</b>	Salat oder Gemüse, roh zubereitet					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd10</b>	Gemüse, gekocht					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd11</b>	Frisches Obst					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd12</b>	Schokolade, Pralinen					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd13</b>	Kuchen, Gebäck, Kekse					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd13</b>	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?)					
	<b>INT:</b> Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					
<b>x0fd13</b>	Fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehr- mals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd14</b>	Sonstige Süßwaren (Bonbons u.ä.)					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd15</b>	Salzige Knabbereien wie gesalzene Erdnüsse, Chips, etc.					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd16</b>	Weißbrot, Mischbrot, Toastbrot (nicht Vollkornbrot)					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd17</b>	Vollkornbrot, Schwarzbrot, Knäckebrot					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd18</b>	Haferflocken, Müsli, Cornflakes					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<b>x0fd19</b>	Quark, Joghurt, Dickmilch					
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?)					
	<b>INT:</b> Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.					



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

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

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

# Alcohol (DAIMON)

In use until 2014-05-16

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



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

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

# Alkohol

In use since 2014-05-19

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

<b>x0al02b</b>	Gemäß Liste 14: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	x0al02b	<div> <input type="checkbox"/>1    Nie innerhalb der letzten 12 Monate         </div> <div> <input type="checkbox"/>2    1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate         </div> <div> <input type="checkbox"/>3    3-5 mal innerhalb der letzten 12 Monate         </div> <div> <input type="checkbox"/>4    6-11 mal innerhalb der letzten 12 Monate         </div> <div> <input type="checkbox"/>5    Ungefähr einmal pro Monat         </div> <div> <input type="checkbox"/>6    2-3 mal pro Monat         </div> <div> <input type="checkbox"/>7    1-2 mal pro Woche         </div> <div> <input type="checkbox"/>9    3-4 mal pro Woche         </div> <div> <input type="checkbox"/>10    Täglich oder fast täglich         </div>	
----------------	---	---------	---	--

## Rauchen - Anfang

	Als nächstes möchte ich Ihnen einige Fragen zum Rauchen und Passivrauchen stellen.				
<b>x0sm32</b>	Haben Sie schon einmal ein Jahr lang geraucht?  <b>INT:</b> „Ja“ bedeutet mindestens 20 Päckchen Zigaretten im Leben oder 360 Gramm Tabak in Ihrem Leben, oder ein Jahr lang mindestens eine Zigarette pro Tag oder eine Zigarre pro Woche.)	x0sm32	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0sm46</b>
	Wie alt waren Sie, als Sie anfangen zu rauchen?  <b>INT:</b> Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm33	Alter (Jahre)	_ _	
<b>x0sm34</b>	Wie alt waren Sie, als Sie anfangen täglich zu rauchen?  <b>INT:</b> Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.  Falls niemals täglich geraucht, 88 kodieren.	x0sm34	Alter (Jahre)	_ _	

## Rauchen - Zurzeit

<b>x0sm00</b>	Rauchen Sie jetzt (bzw. bis vor einem Monat)?	x0sm00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0sm39</b>
<b>x0sm35</b>	Wie viel rauchen Sie <b>jetzt</b> durchschnittlich?  <b>INT:</b> Mit durchschnittlich ist gemeint: 0-3 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 0 pro Tag 4-10 Zigaretten / Zigarillos pro Woche = 1 pro Tag	x0sm35	Anzahl der Zigaretten pro Tag:	_ _	
		x0sm36	Anzahl der Zigarillos pro Tag:	_ _	
		x0sm37	Anzahl der Zigarren pro Woche:	_ _	
		x0sm38	Pfeifentabak in Gramm pro Woche:	_ _ _	

## Rauchen - Früher

<b>x0sm39</b>	Haben Sie das Rauchen reduziert oder aufgegeben?	x0sm39	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0sm45</b>
	Haben Sie das Rauchen wegen Atemproblemen reduziert oder aufgegeben?	x0sm39a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
	Wie alt waren Sie, als Sie das Rauchen reduziert bzw. aufgegeben haben?  <b>INT:</b> Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0sm40	Alter (Jahre)	_ _	

<b>x0sm41</b>	Wie viel rauchten Sie früher <b>durchschnittlich</b> , bezogen auf die ganze Zeit, die Sie geraucht haben?	x0sm41 x0sm42 x0sm43 x0sm44	Anzahl der Zigaretten pro Tag:      _ _  Anzahl der Zigarillos pro Tag:      _ _  Anzahl der Zigarren pro Woche:      _ _  Pfeifentabak in Gramm pro Woche:    _ _ _	
<b>x0sm45</b>	Haben oder hatten Sie den Rauch inhaliert?	x0sm45	<input type="checkbox"/> 1   Ja <input type="checkbox"/> 2   Nein	

## Passivrauchen - Generell

<b>x0sm46</b>	Sind Sie regelmäßig in den <b>letzten 12 Monaten</b> Tabakrauch anderer ausgesetzt gewesen?  <b>INT:</b> Regelmäßig bedeutet: an den meisten Tagen oder Nächten.	x0sm46	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>end</b>
	Wie viele Personen rauchen in Ihrem Haushalt regelmäßig außer Ihnen?	x0sm47	_ _		
	Wird in dem Raum, in dem Sie arbeiten, regelmäßig von anderen geraucht?	x0sm48	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	

## Passivrauchen - Details

	Wie viele Stunden pro Tag sind Sie dem Tabakrauch <b>anderer</b> Leute ausgesetzt?	x0sm49	_ _  Stunden pro Tag	if 0 <b>end</b>
<b>x0sm49a</b>	Bitte beschreiben Sie dies genauer: Wie viele Stunden sind Sie pro Tag Tabakrauch von anderen an den folgenden Orten ausgesetzt?	x0sm49a	Zuhause:  _ _  Stunden pro Tag	
		x0sm49b	am Arbeitsplatz:  _ _  Stunden pro Tag	
		x0sm49c	in Bars, Restaurants, Kinos oder ähnlichem:  _ _  Stunden pro Tag	
		x0sm49d	An anderen Orten:  _ _  Stunden pro Tag	

## Chronisch - Leber

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit.</i>					
<b>x0cd01</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lebererkrankung diagnostiziert?	x0cd01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0cd06</b>	
	Wissen sie noch den Namen der Erkrankung?	x0cd01e	<input type="checkbox"/> 1 Leberzirrhose <input type="checkbox"/> 2 Anderes			
		x0cd01f	Anderes _____			
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01a	Jahr	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>		

## Chronisch - Gicht

<b>x0cd06</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Gicht diagnostiziert?	x0cd06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0cd10</b>
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06a	Jahr	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>	

## Chronisch - Osteoporose

<b>x0cd10</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Osteoporose (verminderte Knochendichte) diagnostiziert?	x0cd10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0cd14</b>
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10a	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> Jahr		

## Chronisch - Vaskulitis

<b>x0cd14</b>	Wurde eine Vaskulitis (Entzündungen der kleinen Nierengefäße) (inklusive Lupus erythematodes) diagnostiziert?	x0cd14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
---------------	---	--------	-------------------------------	--	------------



	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0cd14d	<div></div>	
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd14a	Jahr <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	

## Krebs

<b>x0ca00</b>	Ist bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert worden?  <b>INT:</b> Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
<b>x0ca00a</b>	Wie viele Krebserkrankungen hatten Sie?	x0ca00a	_ _		
<b>x0ca01a</b>	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem die Krebserkrankung/en aufgetreten ist. 1. (früheste) Krebserkrankung ... / 2. Krebserkrankung ... / 3. Krebserkrankung ... / 4. Krebserkrankung ... / 5. Krebserkrankung ...  Jahr ...  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren. (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)  Bezeichnung und Lokalisation?  <b>INT:</b> Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenkrebs handelte. (x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)  Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)  In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)				
	<b>Jahr</b> <b>Bezeichnung und Lokalisation</b>	<b>Stationär behandelt?</b> Nein    Ja	<b>Krankenhaus</b>		<b>end</b> 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

<b>x0dm00</b>	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	<b>end</b>
<b>x0dm01</b>	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem dies diagnostiziert wurde.  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm01a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0dm02</b>	Gemäß Liste 16: Welcher Diabetestyp liegt Ihrem Wissen nach vor?	x0dm02	<input type="checkbox"/> 1 'Jugendlicher' oder insulinabhängiger Diabetes (Typ 1)  <input type="checkbox"/> 2 'Altersdiabetes' (Typ 2)  <input type="checkbox"/> 3 Schwangerschaftsdiabetes  <input type="checkbox"/> 4 Diabetes nach Bauchspeicheldrüsenentzündung  <input type="checkbox"/> 5 Ich weiß es nicht		
<b>x0dm03</b>	Gemäß Liste 17: Wie werden Sie behandelt?  <b>INT:</b> Nur eine Angabe! – Denken Sie auch an gespritztes Insulin und Insulinpumpen!		<input type="checkbox"/> 1 Nur mit Tabletten		<b>end</b>
		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		<b>end</b>
<b>x0dm04</b>	Geben Sie bitte das Jahr an, seit dem Sie mit Insulin behandelt werden.  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0dm04a	Jahr	_ _ _ _	

## Nieren - Erkrankungen

<b>x0ki00</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Nierenerkrankung diagnostiziert?	x0ki00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki09</b>
<b>x0ki01</b>	Wurde eine Glomerulonephritis (Nierenentzündung) diagnostiziert?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki02</b>
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki01a	Jahr <span style="float: right;"> _ _ _ _ </span>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki01d	<hr/>		
<b>x0ki02</b>	Wurde eine Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung) diagnostiziert?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki04</b>
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki02a	Jahr <span style="float: right;"> _ _ _ _ </span>		
<b>x0ki04</b>	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	<b>x0ki05</b>
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki04a	Jahr <span style="float: right;"> _ _ _ _ </span>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki04d	<hr/>		
<b>x0ki05</b>	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	<b>x0ki07</b>
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki05a	Jahr <span style="float: right;"> _ _ _ _ </span>		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki05d	<hr/>		

<b>x0ki07</b>	Wurden Nierensteine diagnostiziert?	x0ki07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki08</b>
	In welchem Jahr wurden die Nierensteine zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki07a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0ki08</b>	Wurde eine andere Nierenerkrankung diagnostiziert?	x0ki08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki09</b>
	Wenn Sie ihn wissen, geben Sie den Namen der Krankheit an:	x0ki08d	_____		
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki08a	Jahr	_ _ _ _	

## Nieren - Niereninsuffizienz

<b>x0ki09</b>	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	<b>x0ki19</b>
	In welchem Jahr? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki09a	Jahr	_ _ _ _	
	Ist die Niereninsuffizienz noch vorhanden?	x0ki09c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
<b>x0ki22</b>	Haben Sie sich jemals einer Dialyse unterzogen?	x0ki22	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki23</b>
	In welchem Jahr haben Sie sich zum ersten Mal einer Dialyse unterzogen? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki22a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0ki23</b>	Müssen Sie sich immer noch der Dialyse unterziehen?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>x0ki10</b>
	In welchem Jahr haben Sie sich das letzte Mal einer Dialyse unterzogen? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki23a	Jahr	_ _ _ _	

<b>x0ki10</b>	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	<b>x0ki19</b>
	Wieviele Transplantationen wurden durchgeführt?	x0ki10a	_ _		
<b>x0ki11a</b>	Jahr der ersten Transplantation <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki11a	Jahr	_ _ _ _	if x0ki10a = 1 <b>x0ki19</b>
<b>x0ki12a</b>	Jahr der zweiten Transplantation <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki12a	Jahr	_ _ _ _	if x0ki10a = 2 <b>x0ki19</b>
<b>x0ki13a</b>	Jahr der dritten Transplantation <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki13a	Jahr	_ _ _ _	if x0ki10a = 3 <b>x0ki19</b>
<b>x0ki14a</b>	Jahr der vierten Transplantation <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki14a	Jahr	_ _ _ _	if x0ki10a = 4 <b>x0ki19</b>
<b>x0ki15a</b>	Jahr der fünften Transplantation <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki15a	Jahr	_ _ _ _	

## Nieren - Operation

<b>x0ki19</b>	Haben Sie schon einmal eine Niere gespendet	x0ki19	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ki20</b>
	In welchem Jahr? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki19a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0ki20</b>	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	<b>x0ki21</b>
	In welchem Jahr? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki20a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0ki21</b>	Wurden Sie aus irgendeinem anderen Grund an Ihren Nieren operiert?	x0ki21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
	Bitte den Grund angeben:	x0ki21c	_____		

	In welchem Jahr? <b>INT:</b> Falls der unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki21a	Jahr	_ _ _ _	
--	---	---------	------	---------	--

## Bluthochdruck

<b>x0bl01</b>	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhter Blutdruck oder Bluthochdruck festgestellt?</p> <p><b>INT:</b> 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	<b>x0bl02</b>
<b>x0bl01b</b>	<p>Wie alt waren Sie als dies zum ersten Mal festgestellt wurde?</p> <p><b>INT:</b> Alter angeben.</p> <p>Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.</p>	x0bl01b	Damaliges Alter (Jahre) <input type="text"/> <input type="text"/>	if sex = male <b>x0bl02</b>
<b>x0bl01c</b>	<p>War dies nur während einer Schwangerschaft?</p>	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

## Bluthochdruck - Medikamente

<b>x0bl02</b>	<p>Haben Sie jemals Medikamente gegen Bluthochdruck oder erhöhten Blutdruck eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?</p>	x0bl02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0bl12</b>
	<p>Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen?</p> <p><b>INT:</b> Alter angeben.</p> <p>Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.</p>	x0bl02a	Damaliges Alter (Jahre) <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<p>Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?</p>	x0bl02b	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>x0bl12</b>
	<p>Wann haben Sie aufgehört deswegen Medikamente einzunehmen?</p> <p><b>INT:</b> Alter angeben.</p> <p>Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr, 9999 kodieren</p>	x0bl02c	Damaliges Alter (Jahre) <input type="text"/> <input type="text"/>	

## Blutfett

<b>x0bl12</b>	<p>Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhte Blutfette (Cholesterin- oder Triglyzeridwerte) festgestellt?</p>	x0bl12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
---------------	--	--------	--	------------



<b>x0bl12a</b>	Haben Sie deswegen jemals Medikamente eingenommen, die Ihnen von einem Arzt verschrieben wurden?	x0bl12a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
	Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen?  <b>INT:</b> Alter angeben.  Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	Damaliges Alter (Jahre) <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 40px; border-bottom: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div>	
	Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

## Schilddrüse - Erkrankungen

<b>x0th00</b>	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	<b>x0th12</b>
<b>x0th01</b>	Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? If YES: In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		<div style="text-align: center;"> <b>Ich weiß</b>  <b>Nein   es nicht   Ja</b> </div> <div style="text-align: right;"> <b>Jahr der Diagnose</b> </div>		
	1. Unterfunktion (Hypothyreose)	x0th02, x0th02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th02</b>	2. Hashimoto-Thyreoiditis	x0th07, x0th07a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th03</b>	3. Überfunktion (Hyperthyreose)	x0th01, x0th01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th04</b>	4. Morbus Basedow	x0th05, x0th05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th05</b>	5. Struma (Kropf)	x0th03, x0th03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th06</b>	6. Knoten	x0th04, x0th04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th07</b>	7. Karzinom (Krebs)	x0th06, x0th06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 ➡ Jahr     _ _ _ _		
<b>x0th09</b>	8. Eine andere Schilddrüsenerkrankung, die noch nicht erwähnt wurde?	x0th09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
if sex = female AND children >0 => <b>x0th08</b> if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => <b>x0th12</b> if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => <b>x0th12</b>					
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0th09a	Jahr	_ _ _ _	
	Wissen sie noch den Namen der Krankheit? (ODER: Würden Sie sie bitte möglichst genau beschreiben?)	x0th09b	_____		if sex = male OR children=0 <b>x0th12</b>
<b>x0th08</b>	9. Hatten Sie während der/einer Schwangerschaft eine Veränderung der Schilddrüsenfunktion?	x0th08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

## Schilddrüse - Operation

<b>x0th12</b>	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	<b>x0th13</b>
<b>x0th12a</b>	In welchem Jahr?	x0th12a	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Gemäß Liste 18: Erinnern Sie sich an die Art der Operation?	x0th12b	<input type="checkbox"/> 1 Teilweise Entfernung <input type="checkbox"/> 2 Vollständige Entfernung <input type="checkbox"/> 3 Struma (Kropf)	<b>x0th13</b>
			<input type="checkbox"/> 4 Anderes	
	Beschreiben Sie die Operation möglichst genau:	x0th12c	<input type="text"/>	

## Schilddrüse - Therapie

<b>x0th13</b>	Gemäß Liste 19: Haben Sie sich jemals einer Schilddrüsentherapie unterzogen?	x0th13	<input type="checkbox"/> 1 Ja, Radiojodtherapie <input type="checkbox"/> 2 Ja, medizinische oder medikamentöse Therapie	
			<input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	<b>x0th14</b>
	In welchem Jahr wurde die Behandlung zum ersten Mal durchgeführt?	x0th13a	Von (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Bis wann wurde die Behandlung durchgeführt?	x0th13b	Bis (Jahr) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Oder bis heute		<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Neino}	

## Schilddrüse - Familiär

<b>x0th14</b>	Leiden andere Personen in Ihrer Familie an einer Erkrankung der Schilddrüsenfunktion?	x0th14	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
---------------	---	--------	--	------------

<b>x0th14a</b>	Welches ist Ihr Verwandtschaftsgrad zu dieser/n Person/en?		[CHECKBOX]	Ja	Nein	
		x0th14a	Mutter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14b	Vater	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14c	Bruder/Brüder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14d	Schwester(n)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14e	Sohn/Söhne	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0th14f	Tochter/Töchter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
	Falls Sie es wissen, wie lautet der Namen der Erkrankung?	x0th14g	_____			

# Herzinfarkt - Angina pectoris

In use until 2014-08-29

<b>x0mi00</b>	Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt? <b>INT:</b> Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0mi08</b>	
<b>x0mi01</b>	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		<b>x0mi08</b>	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nie in Eile oder gehe nicht bergauf <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht			
<b>x0mi02</b>	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			
<b>x0mi03</b>	Gemäß Liste 20: Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?		<input type="checkbox"/> 1 Ich gehe langsamer oder bleibe stehen			
		x0mi03	<input type="checkbox"/> 2 Ich gehe im gleichen Tempo weiter		<b>x0mi08</b>	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich nehme Nitropräparate ein			
<b>x0mi04</b>	Verschwinden diese Beschwerden innerhalb 10 Minuten, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>x0mi08</b>	
<b>x0mi05a</b>	Würden Sie mir zeigen, wo dieser Schmerz oder dieses Unbehagen aufgetreten ist? <b>INT:</b> Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren.  Wenn andere Stelle, welche?		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Ja</span> <span>Nein</span> </div>			
		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	_____			
<b>x0mi06</b>	Strahlt der Schmerz oder das Unbehagen in den linken Arm aus?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		

<b>x0mi07</b>	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	
---------------	---	--------	---	--

## Herzinfarkt - Angina pectoris (revised)

In use since 2014-09-01

<b>x0mi00</b>	Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt? <b>INT:</b> Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0mi08</b>
<b>x0mi01</b>	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	<b>x0mi07</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nie in Eile oder gehe nicht bergauf <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	
<b>x0mi02</b>	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	
<b>x0mi03</b>	Gemäß Liste 20: Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?		<input type="checkbox"/> 1 Ich gehe langsamer oder bleibe stehen	
		x0mi03	<input type="checkbox"/> 2 Ich gehe im gleichen Tempo weiter	<b>x0mi07</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Ich nehme Nitropräparate ein	
<b>x0mi04</b>	Verschwenden diese Beschwerden innerhalb 10 Minuten, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
<b>x0mi05a</b>	Würden Sie mir zeigen, wo dieser Schmerz oder dieses Unbehagen aufgetreten ist? <b>INT:</b> Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren.  Wenn andere Stelle, welche?			Ja      Nein
		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	_____	

<b>x0mi06</b>	Strahlt der Schmerz oder das Unbehagen in den linken Arm aus?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
<b>x0mi07</b>	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	

## Herzinfarkt - Herzkrzgefäße

<b>x0mi08</b>	Haben Sie soweit Sie wissen eine Erkrankung der Herzkrzgefäße? <b>INT:</b> Arterienverkalkung der Herzkrzgefäße	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0mi09</b>
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0mi08b	Jahr	_ _ _ _	
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0mi08d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig	<input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	

## Herzinfarkt

<b>x0mi09</b>	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	<b>x0mi16</b>
<b>x0mi10</b>	Wie viele Herzinfarkte hatten Sie insgesamt?	x0mi10		_ _	
<b>x0mi11a</b>	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der 1. Herzinfarkt/ 2. Herzinfarkt/ 3. Herzinfarkt/ 4. Herzinfarkt/ 5. Herzinfarkt aufgetreten ist. <b>INT:</b> 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	Bezeichnung und Lokalisation	Stationär behandelt?		Krankenhaus	x0mi16
			Nein	Ja		
	_ _ _ _	_____	<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 ➡	_____	

## Herzinfarkt - Operation

<b>x0mi16</b>	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	
<b>x0mi17</b>	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	
<b>x0mi18</b>	Wurde bei Ihnen schon einmal eine Bypass-Operation oder eine Angioplastie (Stentimplantation) durchgeführt?	x0mi18	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	



## Herzinsuffizienz - Symptome

<b>x0hf01</b>	Haben Sie Luftnot, Kurzatmigkeit bei Belastung, z.B. beim Treppensteigen? <b>INT:</b> (Dyspnoe)	x0hf01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf02</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf01a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0hf02</b>	Haben Sie "Wasser in der Lunge"? <b>INT:</b> (Linksherzinsuffizienz)	x0hf02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf03</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf02a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0hf03</b>	Haben Sie häufig geschwollene Beine wegen "Wasser in den Beinen"? <b>INT:</b> (Rechtsherzinsuffizienz)	x0hf03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf04</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf03a	Jahr	_ _ _ _	

## Herzinsuffizienz - Erkrankungen

<b>x0hf04</b>	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelentzündung? <b>INT:</b> (Myokarditis)	x0hf04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf05</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf04a	Jahr	_ _ _ _	
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf04c			
<b>x0hf05</b>	Haben Sie soweit Sie wissen eine Herzmuskelerkrankung? (z.B. Herzmuskelverdickung)	x0hf05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf06</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf05a	Jahr	_ _ _ _	
	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0hf05c			

<b>x0hf06</b>	Hatten Sie jemals, auch als Kind, einen Herzfehler?  <b>INT:</b> mittels Echokardiografie, nicht allein auskultieren des Herzens mit Stethoskop  Septumdefekt = "Loch im Herzen", Klappendefekt = Herzklappenfehler	x0hf06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf07</b>
	Beschreiben Sie den Herzfehler möglichst genau:	x0hf06a	_____		

## Herzinsuffizienz - EKG

<b>x0hf07</b>	Hat bei Ihnen jemals ein Arzt ein EKG geschrieben? (mit Ausnahme von obligatorischen EKGs wegen Leistungssport, aus beruflichen Gründen oder zur operativen Vorbereitung)	x0hf07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0hf08</b>
	Gab es auffällige Befunde?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0hf08</b>
	Welche?	x0hf07d	_____		
	In welchem Jahr hat das EKG zum ersten Mal auffällige Befunde gezeigt?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07a	Jahr	_ _ _ _	

## Herzinsuffizienz

<b>x0hf08</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Herzinsuffizienz diagnostiziert?  <b>INT:</b> (Pumpschwäche des Herzmuskels)	x0hf08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf08a	Jahr	_ _ _ _	

## Flimmern - Erkrankungen

<b>x0af02</b>	Haben Sie Vorhofflimmern? (absolute Arrhythmie)	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0af07</b>
	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	<b>x0af03</b>
	In welchem Jahr wurde dies diagnostiziert?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02b	Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	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		

## Flimmern - Symptome

<b>x0af03</b>	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	<b>x0af04</b>
<b>x0af03a</b>	Gemäß Liste 21: Welche?			Ja    Nein	
		x0af03a	Herzrasen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03b	Herzstolpern	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03c	Schwäche/Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03d	Atemnot	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03e	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03f	Unruhe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03g	Schwindel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
		x0af03h	Andere	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	
<b>x0af03i</b>	Beschreiben Sie die anderen Beschwerden	x0af03i	<input type="text"/>		

## Flimmern - Chronisch

<b>x0af04</b>	Tritt das Vorhofflimmern chronisch anhaltend, d.h. dauernd ohne Unterbrechung auf?		<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>x0af07</b>
		x0af04	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0af07</b>

<b>x0af05</b>	Gemäß Liste 22: Wie häufig tritt bei Ihnen das Vorhofflimmern auf?	x0af05	<input type="checkbox"/> 1 Einmal täglich <input type="checkbox"/> 2 Einmal wöchentlich <input type="checkbox"/> 3 Einmal monatlich <input type="checkbox"/> 4 Einmal jährlich	
<b>x0af06</b>	Gemäß Liste 23: 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	

## Flimmern - Rhythmusstörung

<b>x0af07</b>	Hatten Sie Herzstolpern, unregelmäßiges Schlagen, Herzrasen, oder Herzflattern?  <b>INT:</b> Schnelleres Herzklopfen, das durch Aufregung verursacht ist, ist nicht mit einzuberechnen.	x0af07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0af08</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07a	Jahr	_ _ _ _	
	Beschreiben Sie die Art der Rhythmusstörung	x0af07c	_____		

## Flimmern - Behandlungen

<b>x0af08</b>	Wurde bei Ihnen wegen einer Herzrhythmusstörung bereits eine Elektroschockbehandlung durchgeführt?	x0af08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
---------------	--	--------	--	--

<b>x0af09</b>	<p>Ist bei Ihnen eine Bewusstlosigkeit mit einem Kreislaufstillstand aufgetreten?</p> <p><b>INT:</b> Gemeint ist keine Ohnmacht sondern eine Synkope aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung.</p> <p>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.</p>	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0af10</b>
	Waren sie damals unter körperlicher oder psychischer Belastung?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
<b>x0af10</b>	<p>Sind Sie schon einmal von einem Arzt, einem Rettungssanitäter oder einer anderen Person wiederbelebt worden?</p> <p><b>INT:</b> Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung</p>	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0af11</b>	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		

## Herzerkrankungen - Andere

<b>x0af12</b>	Haben Sie noch eine andere Erkrankungen des Herzens über die wir noch nicht gesprochen haben	x0af12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/>2 Nein         </div>	<b>end</b>
	Beschreiben Sie diese Erkrankungen des Herzens möglichst genau:	x0af12a	_____	

## Blutgerinnsel - Arterien

<b>x0ci01</b>	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine periphere arterielle Verschlusskrankheit („Schaufensterkrankheit“, schlechte Durchblutung der Beine oder verschlossene oder verengte Beinarterien) diagnostiziert?</p> <p><b>INT:</b> Krampfadern oder Venenentzündungen nicht miteinbeziehen</p>	x0ci01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ci03</b>
<b>x0ci02a</b>	<p>Wurde bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:</p> <p>Angiografie (Kontrastmittel, in eine Beinarterie injiziert)?</p>	x0ci02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0ci02b</b>	<p>Wurde bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:</p> <p>Angioplastie (Ballonkatheter um einen Verschluss zu öffnen)?</p>	x0ci02b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0ci02c</b>	<p>Wurde bei Ihnen eine der folgenden Behandlungen durchgeführt:</p> <p>Operation um die Durchblutung der Beinen zu verbessern (eine Operation wegen Krampfadern nicht miteinbeziehen)?</p>	x0ci02c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

## Blutgerinnsel - Venen

<b>x0ci03</b>	<p>Haben Sie jemals Krampfadern in den Beinen gehabt? (ausschliesslich Krampfadern die während einer Schwangerschaft aufgetreten sind)</p>	x0ci03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0ci04</b>	<p>Haben Sie jemals eine Venenentzündung bei oberflächlichen Beinvenen gehabt?</p>	x0ci04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0ci05</b>	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine Lungenembolie oder Blutgerinnsel in der Lunge diagnostiziert?</p>	x0ci05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		
<b>x0ci06</b>	<p>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine tiefe Venenthrombose oder Blutgerinnsel in den Beinen diagnostiziert?</p>	x0ci06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>

	Wurde Sie jemals von einem Arzt oder einer Krankenschwester zu Hause oder ambulant <b>mit Spritzen (üblicherweise gefolgt von einer Behandlung mit Blutverdünnungsmitteln wie Coumadin, Warfarin)</b> wegen Blutgerinnsel in den Beinen, auch tiefe Venenthrombose oder TVT genannt, behandelt?	x0ci06a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
	Wurden bei Ihnen jemals ambulant Untersuchung (z.B. Ultraschall) wegen Blutgerinnsel in den Beinen, auch tiefe Venenthrombose oder TVT genannt, durchgeführt?	x0ci06b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	



## Schlaganfall - TIA

<b>x0st21</b>	Wurde Ihnen jemals eine transitorische ischämische Attacke (TIA) diagnostiziert?	x0st21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0st00</b>
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21a	Jahr	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div>	
	Beschreiben Sie die Situation möglichst genau:	x0st21c			

## Schlaganfall

<b>x0st00</b>	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	<b>x0st07</b>
<b>x0st06a</b>	Wann ist der erste Schlaganfall aufgetreten?	x0st06a x0st06b	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>MM</span> <span>JJJJ</span> </div>		

## Schlaganfall - Symptome1

<b>x0st07</b>	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Verlust oder eine Änderung des Sprechvermögens?	x0st07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0st08</b>
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st07a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
<b>x0st08</b>	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Verlust des Sehvermögens, oder sahen Sie verschwommen?	x0st08	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0st09</b>
	Ist dieser Vorfall plötzlich aufgetreten?	x0st08a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
<b>x0st09</b>	Hatten Sie jemals für 24 Stunden oder länger plötzlich einen Anfall von Doppeltsehen?	x0st09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0st10</b>
<b>x0st09a</b>	Verschwand das Sehen von Doppelbildern, wenn Sie ein Auge geschlossen haben?		<input type="checkbox"/> 1 Ja		
		x0st09a	<input type="checkbox"/> 2 Nein		<b>x0st10</b>
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

	Ist dieser Anfall plötzlich aufgetreten?	x0st09b	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
--	--	---------	-------------------------------	---------------------------------	--

## Schlaganfall - Symptome2

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

## Neurologie - Epilepsie

<b>x0ne09</b>	Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Epilepsie diagnostiziert?	x0ne09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne10</b>
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Epilepsie diagnostiziert?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne09a	Jahr	_ _ _ _	
<b>x0ne10</b>	Wurden bei Ihnen jemals von einem Arzt Fieberkrämpfe (meist als Kind) diagnostiziert?	x0ne10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne02</b>
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Fieberkrämpfe diagnostiziert?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10a	Jahr	_ _ _ _	

## Neurologie - Tremor

<b>x0ne02</b>	Haben Sie unkontrolliertes Zittern?  <b>INT:</b> auch: Schrift im Vergleich zu früher zittriger oder kleiner geworden.	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0pk01</b>
	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	<b>x0ne03</b>
	Wann? (Jahr)  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne02b	Jahr	_ _ _ _	
	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		
<b>x0ne03</b>	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		

## Neurologie - Parkinson

<b>x0pk01</b>	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	
<b>x0pk02</b>	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	
<b>x0pk03</b>	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	
<b>x0pk04</b>	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	
<b>x0pk05</b>	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	
<b>x0pk06</b>	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	
<b>x0pk07</b>	Zittern Ihre Arme oder Beine?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
<b>x0pk08</b>	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	
<b>x0pk09</b>	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	
<b>x0pk10</b>	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	
<b>x0pk11</b>	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	

## Neurologie - Vergesslichkeit

<b>x0ne06</b>	Fällt Ihnen Vergesslichkeit (auch Orientierungsstörungen) auf? Z.B. Verlaufen auf bekannten Wegen <b>INT:</b> M. Alzheimer	x0ne06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne07</b>
	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	<b>x0ne07</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne06b	Jahr <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;"> </span>			

	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	
--	--	---------	--	--

## Neurologie - Multiple Sklerose

<b>x0ne07</b>	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt Multiple Sklerose diagnostiziert?	x0ne07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne08</b>
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Multiple Sklerose diagnostiziert?  <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne07a	Jahr	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

## Neurologie - KTS

<b>x0ne08</b>	Leiden Sie an Missempfindungen, Ameisenkribbeln oder (brennenden) Schmerzen an der Hand?  <b>INT:</b> Karpaltunnelsyndrom, Kompressionsneuropathie des N. medianus im Handgelenk	x0ne08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne21</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne08a	Jahr	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

## Neurologie - Andere

<b>x0ne21</b>	Leiden Sie an sonstigen neurologischen Symptomen oder Krankheiten über die wir noch nicht gesprochen haben?  <b>INT:</b> Depression und Unruhe sind auszuschließen.	x0ne21	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
<b>x0ne21e</b>	Beschreiben Sie die neurologische Krankheit möglichst genau:	x0ne21e	_____	
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne21a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ne22</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne21b	Jahr	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>

	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne21d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht		
<b>x0ne22</b>	Haben Sie noch eine andere neurologische Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben	x0ne22	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>end</b>
<b>x0ne22e</b>	Beschreiben Sie die neurologische Krankheit möglichst genau:	x0ne22e	_____		
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne22a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
	Seit wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne22b	Jahr	_ _ _	
	Werden/wurden Sie deswegen von einem Arzt behandelt?	x0ne22d	<input type="checkbox"/> 1 Ja, in der Vergangenheit <input type="checkbox"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht		

## Kopfschmerzen

<b>x0mg01</b>	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	<b>end</b>
<b>x0mg02a</b>	Gemäß Liste 24: Wie oft hatten Sie in den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg02a	<input type="checkbox"/> 1 Selten (an 1 Tag/Monat) <input type="checkbox"/> 2 Gelegentlich (an 2 bis 4 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 3 Oft (an 5 bis 15 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 4 Chronisch (an mehr als 15 Tagen/Monat)		
<b>x0mg04</b>	Gemäß Liste 25: Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolglos bleibt?	x0mg04	<input type="checkbox"/> 1 Bis zu 30 Minuten <input type="checkbox"/> 2 Mehr als 30 Minuten bis 4 Stunden <input type="checkbox"/> 3 Mehr als 4 Stunden bis 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Mehr als 3 bis 7 Tage <input type="checkbox"/> 5 Über 7 Tage <input type="checkbox"/> 6 Ich weiß es nicht		

## Kopfschmerzen - Merkmale

<b>x0mg05</b>	Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht.  Haben Sie Kopfschmerzen...  <b>INT:</b> Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.		Ja	Nein		
		x0mg05	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	
		x0mg09	die plötzlich an einer einzigen Stelle des Kopfes auftreten und nur für Sekunden stechend anhalten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg10	die Ihre übliche Tagesaktivität erheblich beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg11	die durch körperliche Aktivität, z.B. beim Treppensteigen, verstärkt werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mg12	die von Übelkeit begleitet werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

		x0mg13	die von Erbrechen begleitet werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg14	die von Geräuschüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg15	die von Lichtüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg16	die von Geruchsüberempfindlichkeit begleitet werden? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg17	die mit Flimmern vor den Augen oder Ausfall im Gesichtsfeld einhergehen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg18	die mit tränendem oder gerötetem Auge oder laufender Nase auf der betroffenen Kopfschmerzseite einhergehen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg19	die mit Schwäche, Lähmung oder Taubheitsgefühl eines Armes oder Beines, oder Sprachstörungen einhergehen? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mg20	die nur im Schlaf auftreten und Sie dann aufwecken? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

## Kopfschmerzen - Stärke

<b>x0mg21</b>	Wie lange leiden Sie schon an Kopfschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Jahren an.	x0mg21	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>x0mg22</b>	Wie würden Sie die Stärke Ihrer Kopfschmerzen durchschnittlich einstufen?	x0mg22	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen	



## Schmerzen - Rückenschmerzen

<b>x0pn00</b>	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	<b>end</b>
<b>x0pn01</b>	Leiden Sie an Rückenschmerzen?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0pn11</b>
<b>x0pn05a</b>	Lokalisation der Rückenschmerzen: (siehe Abbildung)			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	
<b>x0pn06a</b>	Strahlt der Schmerz in Arm oder Bein aus?			Ja      Nein	
		x0pn06a	Bein	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0pn06b	Arm	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<b>x0pn02a</b>	Wie lange leiden Sie schon an Rückenschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Monaten/Jahren an.  <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn02a	_ _ _  Monaten		
		x0pn02b	_ _ _  Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a	_ _ _  Tage/Monat		
		x0pn03b	_ _ _  Tage/Jahr		
	Stärke der Schmerzen	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		

## Schmerzen - Gelenkschmerzen

<b>x0pn11</b>	Leiden Sie an Gelenkschmerzen?	x0pn11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0pn21</b>
	Wie lange leiden Sie schon an Gelenkschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Monaten/Jahren an.  <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn12a	_ _ _  Monaten		
		x0pn12b	_ _ _  Jahren		

	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a x0pn13b	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Tage/Monat</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Tage/Jahr</div> </div>	
<b>x0pn14</b>	Stärke der Gelenkschmerzen	x0pn14	<div> <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 </div> <div>1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen</div>	
	Welche Gelenke sind betroffen?	x0pn15	_____	

## Schmerzen - Andere

<b>x0pn21</b>	Leiden Sie an anderen Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Regelschmerzen, Zahnschmerzen)?  <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0pn30</b>
	Wie lange leiden Sie schon an diesen Schmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Monaten/Jahren an.  <b>INT:</b> Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn22a x0pn22b	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Monaten</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Jahren</div> </div>		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn23a x0pn23b	<div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Tage/Monat</div> </div> <div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div> <div></div> <div></div> </div> <div>Tage/Jahr</div> </div>		
<b>x0pn24</b>	Stärke der Schmerzen	x0pn24	<div> <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 </div> <div>1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen</div>		
	Beschreibung/Lokalisation:	x0pn25	_____		

## Schmerzen - Hauptschmerz

<b>x0pn30</b>	Welcher ist der Hauptschmerz?	x0pn30	_____	
<b>x0pn31</b>	Wie groß ist die durch den Schmerz/die Schmerzen verursachte Beeinträchtigung im Alltag?	x0pn31	<div> <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 </div> <div>1 = Keine Beeinträchtigung... 10 = Sehr starke Beeinträchtigung</div>	

## Sonstiges - Unfälle

<b>x0ot01</b>	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	<b>x0ot11</b>
<b>x0ot01a</b>	Beschreibung der Verletzung:	x0ot01a	<hr/>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot01b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot11</b>
<b>x0ot02a</b>	Beschreibung der Verletzung:	x0ot02a	<hr/>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot02b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot11</b>
<b>x0ot03a</b>	Beschreibung der Verletzung:	x0ot03a	<hr/>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot03b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie eine weitere permanente Verletzung auf Grund eines Unfalls?	x0ot04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot11</b>
<b>x0ot04a</b>	Beschreibung der Verletzung:	x0ot04a	<hr/>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04b	Jahr	_ _ _ _	

## Sonstiges - Krankheiten

<b>x0ot11</b>	Haben Sie sonst eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot11a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot11a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot11b	Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot12a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot12a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot12b	Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot13a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot13a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot13b	Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot14a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot14a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot14b	Jahr	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; display: inline-block;"></div>	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot15	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>

<b>x0ot15a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot15a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot15b	Jahr	_ _ _ _	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot16	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot16a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot16a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot16b	Jahr	_ _ _ _	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot17	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot17a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot17a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot17b	Jahr	_ _ _ _	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot18	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot18a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot18a			
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot18b	Jahr	_ _ _ _	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot19	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot19a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot19a			

	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot19b	Jahr	_ _ _ _	
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot20	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>x0ot21</b>
<b>x0ot20a</b>	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot20a	_____		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot20b	Jahr	_ _ _ _	

## Sonstiges - Operationen

<b>x0ot21</b>	Hatten Sie irgendwelche Operationen über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	<b>end</b>
<b>x0ot21a</b>	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot21a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot21b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot22	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>end</b>
<b>x0ot22a</b>	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot22a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot22b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot23	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>end</b>
<b>x0ot23a</b>	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot23a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot23b	Jahr	_ _ _ _	
	Hatten Sie noch eine Operationen über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot24	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<b>end</b>
<b>x0ot24a</b>	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot24a	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 1.2em; width: 100%;"></div>		
	Wann? (Jahr) <b>INT:</b> Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24b	Jahr	_ _ _ _	
	<b>INT:</b> Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.				

## Algometer

	<p><i>Bei dieser Untersuchung soll Ihre Fähigkeit, Druckschmerz zu empfinden, getestet werden. Ich drücke jetzt gleich diesen Druckmesser gegen Ihren Finger. Das wird am Anfang nur ein Druckgefühl auslösen, und irgendwann wird der Druck dann schmerzhaft. Sie sollen bitte sofort "Stopp" sagen, sobald Sie nicht mehr nur einen Druck verspüren, sondern ein Schmerz hinzukommt. Sie sollen also nicht abwarten, bis der Schmerz unerträglich wird, sondern sofort in dem Moment, wo der Schmerz anfängt, "Stopp" sagen. Ich zeige Ihnen das jetzt erst einmal am Mittelfinger, und die eigentliche Messung führen wir dann am linken Zeigefinger durch.</i></p>		
	Wert in kg einfügen	x0am01	<div style="display: inline-block; border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;">.</div> <div style="display: inline-block; border-bottom: 1px solid black; width: 20px; height: 15px;"></div>
	Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:	x0am02	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 1             links           </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <input type="checkbox"/> 2             rechts           </div> </div>



## Kognition - Orientierung

In use since 2014-09-01

	<p><i>Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein.</i></p>				
<b>x0mm01</b>				Richtig    Falsch	
		x0mm01	Welches Jahr haben wir?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm02	Welche Jahreszeit?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm03	Welchen Monat?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm04	Welches Datum haben wir heute?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm05	Welchen Wochentag?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
<b>x0mm06</b>	Wo sind wir jetzt?			Richtig    Falsch	
		x0mm06	In welchem Staat?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm07	In welcher Provinz?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm08	In welcher Ortschaft?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm09	An welchem Ort befinden wir uns hier?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm10	Welches Stockwerk?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

## Kognition - Merkfähigkeit

	<p><i>Ich werde Ihnen nun drei Wörter nennen. Nachdem ich Ihnen diese gesagt habe, möchte ich Sie bitten, sie zu wiederholen. Versuchen Sie sich diese Wörter zu merken; in einigen Minuten werde ich Sie bitten, sich wieder an diese Wörter zu erinnern.</i></p> <p><i>Bitte merken Sie sich: ZITRONE - SCHLÜSSEL – TISCH</i></p>				
<b>x0mm11</b>	Bitte wiederholen Sie die Wörter:			Richtig    Falsch	
		x0mm11	ZITRONE	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm12	SCHLÜSSEL	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
		x0mm13	TISCH	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
	Anzahl der Versuche:	x0mm31		<input type="text"/>	

	<i>Nun werde ich Ihnen ein Wort nennen und bitte Sie dieses vorwärts und rückwärts zu buchstabieren. Das Wort ist PREIS. Können Sie es vorwärts buchstabieren?</i>					
<b>INT:</b> Wiederholen Sie das Wort wenn nötig und helfen Sie, wenn nötig, beim Vorwärtsbuchstabieren.						
<b>x0mm14</b>	Buchstabieren Sie es jetzt rückwärts:  <b>INT:</b> Bewertung: Anzahl richtiger Buchstaben in der korrekten Reihenfolge			Richtig	Falsch	
		x0mm14	S	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm15	I	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm16	E	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm17	R	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm18	P	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
<b>x0mm19</b>	Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten?  <b>INT:</b> Die Reihenfolge muß nicht eingehalten werden	x0mm19		Richtig	Falsch	
		x0mm20	ZITRONE	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
		x0mm21	SCHLÜSSEL	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			TISCH	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	

## Kognition - Sprache

<b>x0mm22</b>	<p>Was ist das? (<b>INT:</b> Zeigen Sie der Testperson ihre Armbanduhr)</p> <p>Und das? (<b>INT:</b> Zeigen Sie der Testperson einen Bleistift)</p>	<p>x0mm22</p> <p>x0mm23</p>	<p>Armbanduhr</p> <p>Bleistift</p>	<p>Richtig</p> <p><input type="checkbox"/>1</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Falsch</p> <p><input type="checkbox"/>2</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	
<b>x0mm24</b>	<p>Sprechen Sie mir nach:</p> <p><b>INT:</b> Der Satz muss unmittelbar nachgesprochen werden, nur 1 Versuch ist erlaubt. Es ist nicht zulässig, die Redewendung "Kein wenn und aber" zu benutzen.</p>	<p>x0mm24</p>	<p>"Kein wenn und oder aber"</p>	<p>Richtig</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Falsch</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	
<b>x0mm25</b>	<p>Lesen Sie bitte was auf diesem Blatt steht und führen Sie es aus.</p> <p><b>INT:</b> 1 Punkt wird nur dann gegeben, wenn die Augen wirklich geschlossen sind.</p>	<p>x0mm25</p>	<p>(Auf dem Blatt steht: SCHLIESSEN SIE IHRE AUGEN)</p>	<p>Richtig</p> <p><input type="checkbox"/>1</p>	<p>Falsch</p> <p><input type="checkbox"/>2</p>	

<b>x0mm26</b>	<p>Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf dieses Blatt Papier.</p> <p><b>INT:</b> Es darf kein Satz diktirt werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktion ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.</p>	x0mm26	<p>Vollständiger Satz</p>	<p>Richtig <input type="checkbox"/>1</p> <p>Falsch <input type="checkbox"/>2</p>	
<b>x0mm27</b>	<p>Bitte zeichnen Sie die Figur ab.</p> <p><b>INT:</b> Auf einem Blatt Papier sind 2 sich überschneidende Fünfecke dargestellt, die Testperson soll diese so exakt wie möglich abzeichnen. Richtig ist, wenn die zwei sich überlappenden Fünfecke ein Viereck bilden und alle Ecken der Fünfecke vorhanden sind.</p>	x0mm27	<p>Figur abgezeichnet</p>	<p>Richtig <input type="checkbox"/>1</p> <p>Falsch <input type="checkbox"/>2</p>	
<b>x0mm28</b>	<p>Sind Sie Rechts- oder Linkshänder? Ich werde Ihnen ein Blatt Papier geben. Wenn ich es Ihnen gebe, nehmen Sie es bitte mit der linken/rechten Hand (der nichtdominanten Hand) - falten Sie es in der Mitte - und legen Sie es auf den Tisch.</p> <p><b>INT:</b> Lesen Sie zuerst die vollständige Instruktion und reichen Sie erst dann der Testperson das Blatt mit beiden Händen. Wiederholen Sie weder die Instruktion, noch leiten Sie die Testperson an.</p>	<p>x0mm28</p> <p>x0mm29</p> <p>x0mm30</p>	<p>Nichtdominante Hand</p> <p>In der Mitte falten</p> <p>Auf den Tisch legen</p>	<p>Richtig <input type="checkbox"/>1</p> <p>Falsch <input type="checkbox"/>2</p> <p>Richtig <input type="checkbox"/>1</p> <p>Falsch <input type="checkbox"/>2</p> <p>Richtig <input type="checkbox"/>1</p> <p>Falsch <input type="checkbox"/>2</p>	

## Riechtest - Allgemein

In use since 2014-09-01

	<p>Nun wird Ihr Geruchssinn getestet. Dies geschieht mit Hilfe von Riechstiften ("Sniffin'Sticks"). Sie riechen dabei an Stiften, in denen verschiedene Riechstoffe sind. Alle im Test benutzten Stoffe sind in der verwendeten Konzentrationen ungiftig und nicht gesundheitsschädigend. Sollten Sie nichts riechen können und sich deshalb nicht für eine Antwort entscheiden können, raten Sie bitte einfach. Bei der Auswertung des Tests wird berücksichtigt, dass Sie aufgefordert wurden, in jedem Fall eine Entscheidung zu treffen.</p>				
<b>x0ss00</b>	Haben Sie zurzeit ... eine Erkältung?	x0ss00a	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>end</b>
	Heuschnupfen?	x0ss00b	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>end</b>
	eine Entzündung der Nasennebenhöhlen? (Sinusitis)	x0ss00c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<b>end</b>

## Riechtest - Details

<b>x0ss22</b>	Bitte bewerten Sie Ihre Geruchssensibilität. Ist diese vermindert oder erhöht?		<input type="checkbox"/> 1 Vermindert			
		x0ss22	<input type="checkbox"/> 2 Normal <input type="checkbox"/> 3 Erhöht			<b>x0ss23</b>
	Erfolgte die Geruchsverschlechterung (bzw. der Geruchsverlust) nach einer Virusinfektion oder einer Entzündung der Nasennebenhöhlen?	x0ss22a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht			
<b>x0ss23</b>	Wurden Sie an den Nasennebenhöhlen oder wegen Nasenpolypen (auch im Kindes- und Jugendalter) operiert?	x0ss23a	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>Ja</span> <span>Nein</span> <span>Weiß nicht</span> </div> Nasennebenhöhlen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
		x0ss23b	Nasenpolypen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3			
<b>x0ss24</b>	Haben Sie jemals eine Schädelfraktur erlitten?	x0ss24	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		<b>x0ss01</b>
	Lokalisation der Schädelfraktur <b>INT:</b> z.B. Gesichtsschädel-, Schädeldach-, Schädelbasisbruch	x0ss24a	<hr/>			

## Riechtest - Test1

	<p><i>Wie gut erkennen Sie Gerüche? Ihnen werden 16 aus dem Alltag bekannte Gerüche angeboten. Sie sollen jedem Geruch einen von vier Begriffen aus einer Karte zuordnen, der den Geruch am zutreffendsten beschreibt</i></p> <p><b>INT:</b> Die Riechstoffe sollen dem Probanden nacheinander für ca. 3 Sekunden bei geschlossenen Augen mit ca. 2 cm Abstand unter die Nase gehalten werden. Der Proband soll dann spontan entscheiden, welche der vier ihm genannten Auswahlmöglichkeiten jeweils zutrifft. Weiß der Proband die richtige Antwort nicht, so muss er raten.</p>			
<b>x0ss01</b>	Sniffin'Stick 1	x0ss01	<input type="checkbox"/> 1 Orange <input type="checkbox"/> 3 Erdbeere <input type="checkbox"/> 2 Brombeere <input type="checkbox"/> 4 Ananas	
	Sniffin'Stick 2	x0ss02	<input type="checkbox"/> 1 Rauch <input type="checkbox"/> 3 Schuhleder <input type="checkbox"/> 2 Klebstoff <input type="checkbox"/> 4 Gras	
	Sniffin'Stick 3	x0ss03	<input type="checkbox"/> 1 Honig <input type="checkbox"/> 3 Schokolade <input type="checkbox"/> 2 Vanille <input type="checkbox"/> 4 Zimt	
	Sniffin'Stick 4	x0ss04	<input type="checkbox"/> 1 Schnittlauch <input type="checkbox"/> 3 Fichte <input type="checkbox"/> 2 Pfefferminz <input type="checkbox"/> 4 Zwiebel	
	Sniffin'Stick 5	x0ss05	<input type="checkbox"/> 1 Kokos <input type="checkbox"/> 3 Walnuss <input type="checkbox"/> 2 Banane <input type="checkbox"/> 4 Kirsche	
	Sniffin'Stick 6	x0ss06	<input type="checkbox"/> 1 Pfirsich <input type="checkbox"/> 3 Zitrone <input type="checkbox"/> 2 Apfel <input type="checkbox"/> 4 Grapefruit	
	Sniffin'Stick 7	x0ss07	<input type="checkbox"/> 1 Lakritz <input type="checkbox"/> 3 Kaugummi <input type="checkbox"/> 2 Gummibär <input type="checkbox"/> 4 Kekse	
	Sniffin'Stick 8	x0ss08	<input type="checkbox"/> 1 Senf <input type="checkbox"/> 3 Menthol <input type="checkbox"/> 2 Gummi <input type="checkbox"/> 4 Terpentin	

## Riechtest - Test2

<b>x0ss09</b>	Sniffin'Stick 9	x0ss09	<input type="checkbox"/> 1 Zwiebel <input type="checkbox"/> 3 Knoblauch <input type="checkbox"/> 2 Sauerkraut <input type="checkbox"/> 4 Karotte	
	Sniffin'Stick 10	x0ss10	<input type="checkbox"/> 1 Zigarette <input type="checkbox"/> 3 Wein <input type="checkbox"/> 2 Kaffee <input type="checkbox"/> 4 Kerzenrauch	
	Sniffin'Stick 11	x0ss11	<input type="checkbox"/> 1 Melone <input type="checkbox"/> 3 Orange <input type="checkbox"/> 2 Pfirsich <input type="checkbox"/> 4 Apfel	
	Sniffin'Stick 12	x0ss12	<input type="checkbox"/> 1 Gewürznelke <input type="checkbox"/> 3 Zimt <input type="checkbox"/> 2 Pfeffer <input type="checkbox"/> 4 Senf	
	Sniffin'Stick 13	x0ss13	<input type="checkbox"/> 1 Birne <input type="checkbox"/> 3 Pfirsich <input type="checkbox"/> 2 Zwetschge <input type="checkbox"/> 4 Ananas	
	Sniffin'Stick 14	x0ss14	<input type="checkbox"/> 1 Kamille <input type="checkbox"/> 3 Rose <input type="checkbox"/> 2 Himbeere <input type="checkbox"/> 4 Kirsche	
	Sniffin'Stick 15	x0ss15	<input type="checkbox"/> 1 Anis <input type="checkbox"/> 3 Honig <input type="checkbox"/> 2 Rum <input type="checkbox"/> 4 Fichte	
	Sniffin'Stick 16	x0ss16	<input type="checkbox"/> 1 Brot <input type="checkbox"/> 3 Käse <input type="checkbox"/> 2 Fisch <input type="checkbox"/> 4 Schinken	

## Familie

<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Eltern und Großeltern.</i>			
	Wann sind Sie geboren? <b>INT:</b> Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	c006	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">T</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">T</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 0 10px;">.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">M</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin: 0 10px;">.</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">J</div> </div>

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