

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

SCHILDDRÜSSE - ERKRANKUNGEN.....	42
SCHILDDRÜSSE - OPERATION.....	43
SCHILDDRÜSSE - THERAPIE	43
SCHILDDRÜSSE - FAMILIÄR	43
HERZINFARKT - ANGINA PECTORIS	45
HERZINFARKT - ANGINA PECTORIS (REVISED).....	46
HERZINFARKT - HERZKRANZGEFÄßE	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

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

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. Nutition 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>INT: Falls der Proband einverstanden ist, erinnern Sie ihn daran, ab jetzt keine Namen mehr zu nennen.</p> <p>Starten Sie die Aufnahme.</p>	
x0_opint	<p>INT: Bitte geben Sie ihren Namen an.</p>	<p>x0_opint</p> <p>x0_opinta</p> <p> <input type="checkbox"/> ByK <input type="checkbox"/> GrB <input type="checkbox"/> GuR <input type="checkbox"/> LiB <input type="checkbox"/> MoL <input type="checkbox"/> ObT <input type="checkbox"/> PaL <input type="checkbox"/> TeR <input type="checkbox"/> SaS </p> <p>Sonstiges _____</p>

Person - Geburt

x0_sex	(Geschlecht) INT: Geschlecht des Probanden wählen, ohne danach zu fragen.	x0_sex	<input type="checkbox"/> 1 Männlich	<input type="checkbox"/> 2 Weiblich	
x0_birthd	Wann sind Sie geboren? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	x0_birthd	__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ		
x0pe05	Wo lebte Ihre Familie zum Zeitpunkt Ihrer Geburt? INT: Wo sind Sie aufgewachsen?	x0pe05a x0pe05b x0pe05c	Ort Provinz Staat		

Person - Familie

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

Person - Ausbildung

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

Beruf - Tätigkeit

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

Beruf - aktuelle Tätigkeit

x0oc01	Haben Sie früher einen Beruf ausgeübt?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	if age <= 75 x0oc10 if age > 75 x0oc13
x0oc01a	Bis zu welchem Jahr sind Sie regelmäßig berufstätig gewesen?	x0oc01a	Jahr	
x0oc10	Gemäß Liste 4: Sind Sie zur Zeit ...?	x0oc01	<input type="checkbox"/> 1 Arbeitslos	
		x0oc10	<input type="checkbox"/> 2 Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> 3 Student <input type="checkbox"/> 5 In beruflicher Ausbildung oder Umschulung <input type="checkbox"/> 6 In Mutterschutz/Erziehungsurlaub, sonstiger Beurlaubung <input type="checkbox"/> 4 Rentner/Pensionär <input type="checkbox"/> 7 Praktikum, Volontariat	if x0oc01= 1 x0oc13 if x0oc01= 2 x0rh01
x0oc11	Seit wann sind Sie ohne Unterbrechung arbeitslos?	x0oc11a, x0oc11b	.	
			Monat	Jahr

x0oc13	Beziehen Sie oder haben Sie früher eine Rente wegen Minderung Ihrer Erwerbsfähigkeit (z.B. Berufsunfähigkeitsrente, Erwerbsunfähigkeitsrente, Erwerbsminderungsrente, Unfallrente) bezogen?	x0oc13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0oc02 if x0oc01 = 2 x0rh01
x0oc13	Seit wann haben Sie diese Rente bezogen? Bis wann haben Sie diese Rente bezogen? Oder heute INT: 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) Bis (Jahr) <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}	_____ _____ _____ _____ _____	if x0oc01= 2 x0rh01

Beruf - ehem. Tätigkeiten

x0oc02	Gemäß Liste 5: Welchen Beruf/welche Tätigkeit haben Sie für mindestens 1 Jahr ausgeübt? INT: 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 INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc02c x0oc02d	Von (Jahr) Bis (Jahr) <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
x0oc03	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc03a x0oc03b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc03c x0oc03d	Von (Jahr) _____ Bis (Jahr) _____ <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
x0oc04	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc04a x0oc04b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc04c x0oc04d	Von (Jahr) _____ Bis (Jahr) _____ <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
x0oc05	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc05a x0oc05b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc05c x0oc05d	Von (Jahr) _____ Bis (Jahr) _____ <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
x0oc06	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc06a x0oc06b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc06c x0oc06d	Von (Jahr) _____ 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
x0oc07	Gemäß Liste 5: Welchen? INT: Auch Schulzeit, insgesamt, berücksichtigen.	x0oc07a x0oc07b	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 (wie oben)	Anderes _____	
	Ab wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Bis wann (Jahr) haben Sie die Tätigkeit ausgeübt? Oder heute INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0oc07c x0oc07d	Von (Jahr) _____ Bis (Jahr) _____ <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Nein}		
x0oc08	Gemäß Liste 6: Wie würden Sie Ihre Arbeit bzw. Ihre Hauptbeschäftigung einstufen?	x0oc08	<input type="checkbox"/> 1 Als schwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 2 Als mittelschwere körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 3 Als leichte körperliche Arbeit <input type="checkbox"/> 4 Keine nennenswerte körperliche Arbeit		

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 weiteren 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="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh02	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh03	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh04	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh05	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh06	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh07	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh08	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh09	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	⇒
x0rh10	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> 1		

end

Schadstoffe - Garten

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

Schadstoffe - Haus

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

x0ex21	Werden oder wurden Sie durch Ihren Beruf oder Ihre Hobbys HÄUFIG folgenden Stoffen ausgesetzt?	x0ex21 Reinigungs-, Desinfektionsmittel x0ex22 Abgasen von Motoren x0ex23 Holzstaub x0ex24 Getreidestaub x0ex25 Stein- oder Glaswolle x0ex26 Asbest x0ex27 Metallen (Nickel, Chrom, Eisen, Stahl) x0ex28 Schwermetallen (Blei, Cadmium, Quecksilber) oder Arsen x0ex29 Lösemitteln (z.B. PER, TRI) oder Farben (auch Filmentwickler) x0ex30 Petroleumprodukten (Benzin, Diesel, Teer, Karbolineum) x0ex31 Strahlen (Röntgen, Mikrowellen, radioaktives Material) x0ex32 Pflanzenschutzmitteln	Ja	Nein	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	
x0ex20	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>			
x0bi01a	Wissen Sie ihr genaues Geburtsgewicht?	x0bi01a	<input type="checkbox"/> 1 Genau <input type="checkbox"/> 2 Ungefähr <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
	Wie viel betrug Ihr Geburtsgewicht? INT: Das durchschnittliche Geburtsgewicht liegt bei einer Schwangerschaft mit normaler Dauer oberhalb von 3000g. Frühgeborene liegen etwa bei 1500-2000g. Weniger als 500g entsprechen einem extrem geringen Geburtsgewicht mit geringen Überlebenschancen	x0bi01	__ __ __ __ In Gramm	x0bi03

Entwicklung - Schwangerschaftsdauer

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

Entwicklung - Geburt

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

Frauen - Menarche

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

Frauen - Kontrazeptiva

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

Frauen - Schwangerschaft

x0wo05	Sind Sie zurzeit schwanger?	x0wo05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	x0wo06
			<input type="checkbox"/> 2 Nein	
			<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht, möglicherweise	
	In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie?	x0wo05a	_____	
x0wo12	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	x0wo06
x0wo12a	Wie viele Kinder haben Sie geboren, einschließlich totgeborener Kinder? INT: Definition Totgeburt: Geburt einer toten Leibesfrucht nach einer Schwangerschaft von mindestens 28 Wochen (bzw. mind. 7 Monaten).	x0wo12a	_____	

Frauen - Menstruation

x0wo06	Haben Sie noch Ihre Monatsblutung? INT: Gemeint ist das endgültige Ausbleiben Ihrer Regelblutung	x0wo06	<input type="checkbox"/> 1 Ja	end
			<input type="checkbox"/> 6 Nein	
			<input type="checkbox"/> 7 Ich weiß es nicht	
	Wann haben die Blutungen aufgehört?	x0wo07	Alter (Jahre) _____	
x0wo08	Aus welchem Grund blieb die Regel aus? anderen Grund angeben		<input type="checkbox"/> 1 Wechseljahre	
		x0wo08	<input type="checkbox"/> 2 Operation <input type="checkbox"/> 3 anderer Grund	
		x0wo08a	_____	end

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

Nutrition (DAIMON)

In use until 2014-05-16

	Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich? INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd01	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd02	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd03	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd04	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd05	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd06	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd07	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd07	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd08	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd09	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd10	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd11	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd12	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd13	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
	Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie	
x0fd13	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd14	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd15	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd16	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd17	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
x0fd18	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	
	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						

		Fast täglich	Mehrmals in der Woche	Etwa einmal in der Woche	Mehrmals im Monat	Einmal im Monat oder seltener	Nie
x0fd19	Fettarme Milchprodukte bis 1,5% Fettgehalt (Joghurt,Milch,Quark,etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd20	Käse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd21	Eier	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd22	Milch einschl. Buttermilch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd23	Margarine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd24	Margarine, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd25	(Gemäß Liste 12: Wie häufig nehmen Sie folgende Nahrungsmittel zu sich?) INT: Jedes Nahrungsmittel einzeln abfragen.						
x0fd25	Butter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd26	Butter, halbfett ("light", leicht)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd27	Diätlimonade, sonstige Diätgetränke	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd28	Obstsäfte, sonstige Erfrischungsgetränke (Limonaden,Cola,etc)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd29	Mineralwasser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
x0fd31	Haben Sie jemals in 6 auffeinanderfolgenden Monaten mindestens einmal im Monat koffeinhaltigen Espresso/Mokka-Kaffee getrunken? INT: Gemeint sind 6 oder mehr Monate	x0fd31	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0fd32
	Wann haben Sie begonnen regelmäßig Espresso/Mokka- Kaffee zu trinken? (Alter) Oder: als Kind(<12), Jugendlicher(13-18), oder als Erwachsener(>19)?	x0fd31a x0fd31b	Alter <input type="checkbox"/> 1 Kind <input type="checkbox"/> 2 Jugendlicher <input type="checkbox"/> 3 Erwachsener	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2			
	Trinken Sie zurzeit regelmäßig Espresso/Mokka-Kaffee? (Mindestens1x im Monat)	x0fd31c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja			x0fd31f
	Wann haben Sie aufgehört regelmäßig Espresso/Mokka- Kaffee zu trinken? (Alter) Oder: Wie viele Jahre lang haben Sie insgesamt Espresso/Mokka-Kaffee getrunken?	x0fd31d, x0fd31e	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Alter	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Oder wie viele Jahre lang			

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

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

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

Alcohol (DAIMON)

In use until 2014-05-16

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

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

x0al06a	<p>Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken begonnen?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0al06a, x0al06b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter
x0al07a	<p>Wann haben Sie mit dem regelmäßigen Alkoholtrinken aufgehört?</p> <p>INT: Jahr oder Alter angeben. Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.</p>	x0al07a, x0al07b	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Bzw. damaliges Alter

Alkohol

In use since 2014-05-19

	<i>Als nächstes möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum stellen.</i>			
x0al00	Haben Sie jemals Alkohol getrunken?	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0al01	Gemäß Liste 13: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten im Durchschnitt alkoholische Getränke, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör getrunken?	<input type="checkbox"/> 1 Nie <input type="checkbox"/> 2 Nur zu besonderen Anlässen <input type="checkbox"/> 3 1 Mal pro Monat oder seltener		
		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	
x0al02a	Gemäß Liste 14: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit fünf oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	<input type="checkbox"/> 1 Nie innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/> 2 1-2 mal innerhalb der letzten 12 Monate <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		
		x0al02a		

x0al02b	Gemäß Liste 14: Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten bei einer Gelegenheit vier oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	x0al02b	<p> <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 </p>	
----------------	---	---------	--	--

Rauchen - Anfang

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

Rauchen - Zurzeit

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

Rauchen - Früher

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

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

Passivrauchen - Generell

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

Passivrauchen - Details

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

Chronisch - Leber

	<i>Die nächsten Fragen beziehen sich auf Ihre Gesundheit.</i>						
x0cd01	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	x0cd06	
	Wissen sie noch den Namen der Erkrankung?	x0cd01e	<input type="checkbox"/> 1 Leberzirrhose <input type="checkbox"/> 2 Anderes				
		x0cd01f	Anderes _____				
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd01a	Jahr	_ _ _ _			

Chronisch - Gicht

x0cd06	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	x0cd10	
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd06a	Jahr	_ _ _ _			

Chronisch - Osteoporose

x0cd10	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	x0cd14
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0cd10a	_ _ _ _ Jahr			

Chronisch - Vaskulitis

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

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

Krebs

x0ca00	Ist bei Ihnen jemals eine Krebserkrankung diagnostiziert worden? INT: Gemeint ist bösartiger Krebs	x0ca00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end																																											
x0ca00a	Wie viele Krebserkrankungen hatten Sie?	x0ca00a	__ __																																														
x0ca01a	<p>Geben Sie bitte das Jahr an, in dem die Krebserkrankung/en aufgetreten ist. 1. (früheste) Krebserkrankung ... / 2. Krebserkrankung ... / 3. Krebserkrankung ... / 4. Krebserkrankung ... / 5. Krebserkrankung ... Jahr ...</p> <p>INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren. (x0ca01a/ x0ca02a/ x0ca03a/ x0ca04a/ x0ca05a)</p> <p>Bezeichnung und Lokalisation?</p> <p>INT: Gibt der Proband Lymphknoten an, nachfragen, ob es sich um Metastasen oder Lymphdrüsenerkrankung handelte. (x0ca01b/ x0ca02b / x0ca03b / x0ca04b / x0ca05b)</p> <p>Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? (x0ca01c / x0ca02c / x0ca03c / x0ca04c / x0ca05c)</p> <p>In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0ca01d / x0ca02d / x0ca03d / x0ca04d / x0ca05d)</p>																																																
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;"> Jahr </th> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;"> Bezeichnung </th> <th style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;"> Stationär behandelt? </th> <th colspan="2" style="width: 20%; text-align: left; padding-bottom: 5px;"> Krankenhaus </th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> <tr> <th style="text-align: left;"> und Lokalisation </th> <th></th> <th style="text-align: left;"> Nein Ja </th> <th colspan="2"></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> __ __ __ __ _____ </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 → </td> <td colspan="2" style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> _____ </td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> end if x0ca00a = 1 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> __ __ __ __ _____ </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 → </td> <td colspan="2" style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> _____ </td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> = 2 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> __ __ __ __ _____ </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 → </td> <td colspan="2" style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> _____ </td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> = 3 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> __ __ __ __ _____ </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 → </td> <td colspan="2" style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> _____ </td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> = 4 </td> </tr> <tr> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> __ __ __ __ _____ </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> </td> <td style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>1 → </td> <td colspan="2" style="text-align: left; vertical-align: bottom;"> _____ </td> <td style="text-align: right; vertical-align: bottom;"> </td> </tr> </tbody> </table>						Jahr	Bezeichnung	Stationär behandelt?	Krankenhaus			und Lokalisation		Nein Ja				__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		end if x0ca00a = 1	__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 2	__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 3	__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 4	__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____			
Jahr	Bezeichnung	Stationär behandelt?	Krankenhaus																																														
und Lokalisation		Nein Ja																																															
__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		end if x0ca00a = 1																																												
__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 2																																												
__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 3																																												
__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____		= 4																																												
__ __ __ __ _____		<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 →	_____																																														

Diabetes

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

Nieren - Erkrankungen

x0ki00	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	x0ki09
x0ki01	Wurde eine Glomerulonephritis (Nierenentzündung) diagnostiziert?	x0ki01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki02
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki01a	Jahr	<hr style="display: inline-block; width: 100px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/> _ _ _ _		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki01d	<hr style="display: inline-block; width: 300px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/>			
x0ki02	Wurde eine Pyelonephritis (Nierenbeckenentzündung) diagnostiziert?	x0ki02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki04
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki02a	Jahr	<hr style="display: inline-block; width: 100px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/> _ _ _ _		
x0ki04	Wurde eine Erkrankung der Nierenarterien (inklusive Nierenarterienstenose) diagnostiziert?	x0ki04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki05
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki04a	Jahr	<hr style="display: inline-block; width: 100px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/> _ _ _ _		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki04d	<hr style="display: inline-block; width: 300px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/>			
x0ki05	Wurde eine erbliche oder angeborene Nierenerkrankung (inklusive polyzystische Nierenerkrankung) diagnostiziert?	x0ki05	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki07
	In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki05a	Jahr	<hr style="display: inline-block; width: 100px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/> _ _ _ _		
	Erinnern Sie sich an die genaue Bezeichnung der Krankheit?	x0ki05d	<hr style="display: inline-block; width: 300px; height: 1px; border: 0; border-top: 1px solid black; margin-right: 10px;"/>			

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

Nieren - Niereninsuffizienz

x0ki09	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine verminderte Nierenfunktion oder Niereninsuffizienz diagnostiziert oder festgestellt?	x0ki09	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki19
	In welchem Jahr? INT: 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	
x0ki22	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	x0ki23
	In welchem Jahr haben Sie sich zum ersten Mal einer Dialyse unterzogen? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki22a	Jahr	_____	_____	
x0ki23	Müssen Sie sich immer noch der Dialyse unterziehen?	x0ki23	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja		x0ki10
	In welchem Jahr haben Sie sich das letzte Mal einer Dialyse unterzogen? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki23a	Jahr	_____	_____	

x0ki10	Sind Sie jemals einer Nierentransplantation unterzogen worden?	x0ki10	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ki19
	Wieviele Transplantationen wurden durchgeführt?	x0ki10a			_____	
x0ki11a	Jahr der ersten Transplantation INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki11a	Jahr		_____	if x0ki10a = 1 x0ki19
x0ki12a	Jahr der zweiten Transplantation INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki12a	Jahr		_____	if x0ki10a = 2 x0ki19
x0ki13a	Jahr der dritten Transplantation INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki13a	Jahr		_____	if x0ki10a = 3 x0ki19
x0ki14a	Jahr der vierten Transplantation INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki14a	Jahr		_____	if x0ki10a = 4 x0ki19
x0ki15a	Jahr der fünften Transplantation INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki15a	Jahr		_____	

Nieren - Operation

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

	In welchem Jahr? INT: Falls der unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ki21a	Jahr	_____	
--	---	---------	------	-------	--

Bluthochdruck

x0bl01	Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt erhöhter Blutdruck oder Bluthochdruck festgestellt? INT: Bitte Frage langsam vorlesen! Bei "Nein" oder "Ich weiß nicht" Frage noch einmal stellen!	x0bl01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		x0bl02
x0bl01b	Wie alt waren Sie als dies zum ersten Mal festgestellt wurde? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl01b	Damaliges Alter (Jahre) __ __		if sex = male x0bl02
x0bl01c	War dies nur während einer Schwangerschaft?	x0bl01c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		

Bluthochdruck - Medikamente

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

Blutfett

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

x0bl12a	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	end
	Wie alt waren Sie als Sie begonnen haben deswegen Medikamente einzunehmen? INT: Alter angeben. Falls das Alter unbekannt ist, 99 kodieren.	x0bl12b	Damaliges Alter (Jahre) <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Nehmen Sie deswegen immer noch Medikamente ein?	x0bl12c	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein		

Schilddrüsse - Erkrankungen

x0th00	Wurde bei Ihnen jemals eine Schilddrüsenerkrankung diagnostiziert?	x0th00	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0th12
x0th01 1. Unterfunktion (Hypothyreose) x0th02 2. Hashimoto-Thyreoiditis x0th03 3. Überfunktion (Hyperthyreose) x0th04 4. Morbus Basedow x0th05 5. Struma (Kropf) x0th06 6. Knoten x0th07 7. Karzinom (Krebs)	Welche Schilddrüsenerkrankung wurde bei Ihnen diagnostiziert? If YES: In welchem Jahr wurde dies zum ersten Mal diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.		Ich weiß Nein es nicht Ja	Jahr der Diagnose
	x0th02, x0th02a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th07, x0th07a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th01, x0th01a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th05, x0th05a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th03, x0th03a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th04, x0th04a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
	x0th06, x0th06a	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 → Jahr	_____	
x0th09	8. Eine andere Schilddrüsenerkrankung, die noch nicht erwähnt wurde?	x0th09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

if sex = female AND children >0 => **x0th08**

if sex = male OR children=0 AND (x0th02, ..., x0th09 = 2 or 3) => **x0th12**

if sex = male OR children=0 AND (x0th02= 1 OR x0th03= 1 OR ..., x0th09= 1) => **x0th12**

	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert?	x0th09a	Jahr	_____	
	Wissen sie noch den Namen der Krankheit? (ODER: Würden Sie sie bitte möglichst genau beschreiben?)	x0th09b			if sex = male OR children=0 x0th12
x0th08	9. Hatten Sie während der/einer Schwangerschaft eine Veränderung der Schilddrüsenfunktion?	x0th08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht		

Schilddrüsse - Operation

x0th12	Wurde bei Ihnen jemals eine Schilddrüsenoperation durchgeführt?	x0th12	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0th13
x0th12a	In welchem Jahr?	x0th12a	Jahr _____ _____ _____	
	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)	x0th13
			<input type="checkbox"/> 4 Anderes	
	Beschreiben Sie die Operation möglichst genau:	x0th12c		

Schilddrüsse - Therapie

x0th13	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	x0th14
	In welchem Jahr wurde die Behandlung zum ersten Mal durchgeführt?	x0th13a	Von (Jahr) _____ _____ _____	
	Bis wann wurde die Behandlung durchgeführt? Oder bis heute	x0th13b	Bis (Jahr) _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 {Neino}	

Schilddrüsse - Familiär

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

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

Herzinfarkt - Angina pectoris

In use until 2014-08-29

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

x0mi07	Haben Sie jemals einen sehr starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
--------	---	--------	-------------------------------	---------------------------------	--

Herzinfarkt - Angina pectoris (revised)

In use since 2014-09-01

x0mi00	Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt? INT: Angina Pectoris	x0mi00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0mi08
x0mi01	Treten die Schmerzen oder dieses Unbehagen auf, wenn Sie in Eile sind, bergauf gehen oder sich sonst wie körperlich anstrengen?		<input type="checkbox"/> 1 Ja		
		x0mi01	<input type="checkbox"/> 2 Nein		x0mi07
			<input type="checkbox"/> 3 Ich bin nie in Eile oder gehe nicht bergauf		
			<input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht		
x0mi02	Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?	x0mi02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht
x0mi03	Gemäß Liste 20: Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?		<input type="checkbox"/> 1 Ich gehe langsamer oder bleibe stehen		
		x0mi03	<input type="checkbox"/> 2 Ich gehe im gleichen Tempo weiter		x0mi07
			<input type="checkbox"/> 3 Ich nehme Nitropräparate ein		
x0mi04	Verschwinden diese Beschwerden innerhalb 10 Minuten, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?	x0mi04	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0mi05a	Würden Sie mir zeigen, wo dieser Schmerz oder dieses Unbehagen aufgetreten ist? INT: Mehrfachnennung möglich! Den Probanden die Stelle(n) selbst zeigen lassen und dann codieren. Wenn andere Stelle, welche?	x0mi05a	Hinter dem Brustbein	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05b	Linke vordere Brust	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05c	Hals/Kieferwinkel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05d	Linke Schulter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05e	Anderes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		x0mi05f			

x0mi06	Strahlt der Schmerz oder das Unbehagen in den linken Arm aus?	x0mi06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0mi07	Haben Sie jemals einen sehr starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?	x0mi07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	

Herzinfarkt - Herzkratzgefäß

x0mi08	Haben Sie soweit Sie wissen eine Erkrankung der Herzkratzgefäß? INT: Arterienverkalkung der Herzkratzgefäß	x0mi08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0mi09
	In welchem Jahr wurde diese zum ersten Mal diagnostiziert? INT: 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"/> 3 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja, gegenwärtig <input type="checkbox"/> 4 Ich weiß es nicht	

Herzinfarkt

x0mi09	Hatten Sie jemals einen von einem Arzt festgestellten Herzinfarkt?	x0mi09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0mi16
x0mi10	Wie viele Herzinfarkte hatten Sie insgesamt?	x0mi10		____
x0mi11a	Geben Sie bitte das Jahr an, in dem der 1. Herzinfarkt/ 2. Herzinfarkt/ 3. Herzinfarkt/ 4. Herzinfarkt/ 5. Herzinfarkt aufgetreten ist. INT: Wenn mehr als fünf Herzinfarkte, den ersten und die letzten vier Herzinfarkte eingeben. Falls der Herzinfarkt erst später festgestellt wurde und der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren. (x0mi11a / x0mi12a / x0mi13a / x0mi14a / x0mi15a) Wurden Sie damals stationär in einem Krankenhaus behandelt? (x0mi11b / x0mi12b / x0mi13b / x0mi14b / x0mi15b) In welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt? (x0mi11c / x0mi12c / x0mi13c / x0mi14c / x0mi15c)			

	Jahr	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

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

Herzinsuffizienz - Symptome

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

Herzinsuffizienz - Erkrankungen

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

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

Herzinsuffizienz - EKG

x0hf07	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	x0hf08
	Gab es auffällige Befunde?	x0hf07c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0hf08
	Welche?	x0hf07d	_____	
	In welchem Jahr hat das EKG zum ersten Mal auffällige Befunde gezeigt? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0hf07a	Jahr _____	

Herzinsuffizienz

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

Flimmern - Erkrankungen

x0af02	Haben Sie Vorhofflimmern? (absolute Arrhythmie)	x0af02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af07
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0af02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af03
	In welchem Jahr wurde dies diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af02b	Jahr	_____	_____	_____
	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

x0af03	Treten bei Ihnen während des Vorhofflimmerns Beschwerden auf?	x0af03	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af04
x0af03a	Gemäß Liste 21: Welche?	x0af03a	Herzrasen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	Ja Nein
		x0af03b	Herzstolpern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03c	Schwäche/Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03d	Atemnot	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03e	Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03f	Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03g	Schwindel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
		x0af03h	Andere	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	
x0af03i	Beschreiben Sie die anderen Beschwerden	x0af03i	_____	_____	_____	_____

Flimmern - Chronisch

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

x0af05	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	
x0af06	Gemäß Liste 23: Wie lange dauert eine Vorhofflimmern-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

x0af07	Hatten Sie Herzstolpern, unregelmäßiges Schlagen, Herzrasen, oder Herzflattern? INT: 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	x0af08
	Seit wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0af07a	Jahr	_____	_____	
	Beschreiben Sie die Art der Rhythmusstörung	x0af07c	_____	_____	_____	

Flimmern - Behandlungen

x0af08	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	
---------------	--	--------	-------------------------------	---------------------------------	--	--

x0af09	Ist bei Ihnen eine Bewusstlosigkeit mit einem Kreislaufstillstand aufgetreten? INT: Gemeint ist keine Ohnmacht sondern eine Synkope aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung. Im Falle einer Bewusstlosigkeit im Rahmen eines Unfalls: Falls die Bewusstlosigkeit die Ursache des Unfalls war, d.h. dem Unfall vorausging, bitte "ja" antworten, wenn die Bewusstlosigkeit Folge des Unfalls war, bitte "nein" antworten.	x0af09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0af10
	Waren sie damals unter körperlicher oder psychischer Belastung?	x0af09a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0af10	Sind Sie schon einmal von einem Arzt, einem Rettungssanitäter oder einer anderen Person wiederbelebt worden? INT: Gemeint ist eine Herzdruck-massage aufgrund eines Herzstillstandes, Kammerflimmern oder einer anderen lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörung	x0af10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0af11	Sind Sie Herzschrittmacher-Träger oder Träger eines implantierten Defibrillators?	x0af11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

Herzerkrankungen - Andere

x0af12	Haben Sie noch eine andere Erkrankungen des Herzens über die wir noch nicht gesprochen haben	x0af12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
	Beschreiben Sie diese Erkrankungen des Herzens möglichst genau:	x0af12a			

Blutgerinnssel - Arterien

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

Blutgerinnssel - Venen

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

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

Schlaganfall - TIA

x0st21	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	x0st00
	Wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist Jahr 9999 kodieren.	x0st21a	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Beschreiben Sie die Situation möglichst genau:	x0st21c	<input type="text"/>			

Schlaganfall

x0st00	Hatten Sie jemals einen von einem Arzt festgestellten Schlaganfall (Gehirnschlag)?	x0st00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0st07
x0st06a	Wann ist der erste Schlaganfall aufgetreten?	x0st06a x0st06b	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			

Schlaganfall - Symptome1

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

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

Schlaganfall - Symptome2

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

Neurologie - Epilepsie

x0ne09	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	x0ne10
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Epilepsie diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne09a	Jahr	_____	_____	_____
x0ne10	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	x0ne02
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Fieberkrämpfe diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne10a	Jahr	_____	_____	_____

Neurologie - Tremor

x0ne02	Haben Sie unkontrolliertes Zittern? INT: auch: Schrift im Vergleich zu früher zitteriger oder kleiner geworden.	x0ne02	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0pk01
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne02a	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne03
	Wann? (Jahr) INT: 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		
x0ne03	Wo zittern Sie (Arme, Beine, Kopf,...):	x0ne03a	_____		
	Zittern Sie in Ruhe, z.B. wenn Sie auf dem Divan sitzen und Fernsehen schauen? (Ruhetremor)	x0ne03b	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		
	Zittern Sie bei Bewegungen/bestimmter Haltung, z.B. wenn Sie eine Tasse, ein Glas oder einen Löffel für die Suppe halten? (postural-kinetisch)	x0ne03c	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein		

Neurologie - Parkinson

x0pk01	Haben oder hatten Sie Probleme beim Aufstehen von einem Stuhl?	x0pk01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk02	Ist Ihre Handschrift im Verhältnis zu früher kleiner geworden?	x0pk02	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk03	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Ihre Stimme leiser ist als früher?	x0pk03	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk04	Sind oder waren Sie beim Gehen unsicher?	x0pk04	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk05	Hatten Sie jemals das Gefühl, dass Ihre Füße am Boden kleben?	x0pk05	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk06	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Ihr Gesicht weniger Ausdruck hat als früher?	x0pk06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk07	Zittern Ihre Arme oder Beine?	x0pk07	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk08	Fällt es Ihnen schwerer als früher Knöpfe an Ihrem Hemd oder Ihrer Bluse zu knöpfen?	x0pk08	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk09	Streifen Sie Ihre Füße beim Gehen nach oder machen Sie kleinere Schritte als früher?	x0pk09	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk10	Hat Ihnen jemand gesagt, dass Sie an der Parkinson'schen Krankheit leiden?	x0pk10	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	
x0pk11	Haben Sie jemals die Medikamente Sinemet oder Madopar genommen?	x0pk11	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	

Neurologie - Vergesslichkeit

x0ne06	Fällt Ihnen Vergesslichkeit (auch Orientierungsstörungen) auf? Z.B. Verlaufen auf bekannten Wegen INT: M. Alzheimer	x0ne06	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne07
	Wurde dies von einem Arzt diagnostiziert?	x0ne06a	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ne07
	Seit wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne06b	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

	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

x0ne07	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	x0ne08
	In welchem Jahr wurde zum ersten Mal Multiple Sklerose diagnostiziert? INT: Falls der Zeitpunkt der Diagnose unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne07a	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Neurologie - KTS

x0ne08	Leiden Sie an Missemmpfindungen, Ameisenkribbeln oder (brennenden) Schmerzen an der Hand? INT: 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	x0ne21
	Seit wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ne08a	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Neurologie - Andere

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

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

x0mg01	Hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg01	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end
x0mg02a	Gemäß Liste 24: Wie oft hatten Sie in den letzten 3 Monaten Kopfschmerzen?	x0mg02a	<input type="checkbox"/> 1 Selten (an 1 Tag/Monat) <input type="checkbox"/> 2 Gelegentlich (an 2 bis 4 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 3 Oft (an 5 bis 15 Tagen/Monat) <input type="checkbox"/> 4 Chronisch (an mehr als 15 Tagen/Monat)	
x0mg04	Gemäß Liste 25: Wie lange dauern Ihre Kopfschmerzen an, wenn Sie kein Medikament einnehmen oder eine Behandlung erfolgslos 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

x0mg05 Geben Sie bitte an, ob die verschiedenen Kopfschmerzmerkmale auf Sie zutreffen oder nicht. Haben Sie Kopfschmerzen... INT: Wenn die Unterfrage vorgelesen wird, immer mit: "Haben Sie Kopfschmerzen" beginnen.	x0mg05	die sich auf eine Kopfhälfte beschränken? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Ja Nein	
	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

x0mg21	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"/>	
x0mg22	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

x0pn00	Leiden Sie seit mehr als 6 Monaten an regelmäßig wiederkehrenden Schmerzen im Allgemeinen (ausgenommen Kopfschmerzen)?	x0pn00	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	end
x0pn01	Leiden Sie an Rückenschmerzen?	x0pn01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn11
x0pn05a	Lokalisation der Rückenschmerzen: (siehe Abbildung)	x0pn05a x0pn05b x0pn05c	lumbal (Lendenwirbelsäule) thorakal (Brustwirbelsäule) zervikal (Halswirbelsäule)	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0pn06a	Strahlt der Schmerz in Arm oder Bein aus?	x0pn06a x0pn06b	Bein Arm	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	
x0pn02a	Wie lange leiden Sie schon an Rückenschmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Monaten/Jahren an. INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn02a x0pn02b	_ _ Monaten _ _ Jahren		
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn03a x0pn03b	_ _ Tage/Monat _ _ 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

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

	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn13a x0pn13b	__ __ Tage/Monat __ __ Tage/Jahr	
x0pn14	Stärke der Gelenkschmerzen	x0pn14	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen	
	Welche Gelenke sind betroffen?	x0pn15	_____	

Schmerzen - Andere

x0pn21	Leiden Sie an anderen Schmerzen (z.B. Bauchschmerzen, Regelschmerzen, Zahnschmerzen)? INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn21	<input type="checkbox"/> 1 Ja <input type="checkbox"/> 2 Nein	x0pn30
	Wie lange leiden Sie schon an diesen Schmerzen? Geben Sie bitte die entsprechende Zeit in Monaten/Jahren an. INT: Mehr als 12 Monate in Jahre + Monate aufteilen.	x0pn22a x0pn22b	__ __ Monaten __ __ Jahren	
	Häufigkeit Tage/Monat oder Tage/Jahr	x0pn23a x0pn23b	__ __ Tage/Monat __ __ Tage/Jahr	
x0pn24	Stärke der Schmerzen	x0pn24	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Sehr schwache Schmerzen ... 10 = Sehr starke Schmerzen	
	Beschreibung/Lokalisation:	x0pn25	_____	

Schmerzen - Hauptschmerz

x0pn30	Welcher ist der Hauptschmerz?	x0pn30	_____	
x0pn31	Wie groß ist die durch den Schmerz/die Schmerzen verursachte Beeinträchtigung im Alltag?	x0pn31	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 1 = Keine Beeinträchtigung... 10 = Sehr starke Beeinträchtigung	

Sonstiges - Unfälle

x0ot01	Hatten Sie jemals permanente Verletzungen auf Grund eines Unfalls? (Arbeits-, Verkehrsunfall oder Unfall in der Freizeit)	x0ot01	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ot11	
x0ot01a	Beschreibung der Verletzung:	x0ot01a					
	Wann? (Jahr) INT: 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		x0ot11
x0ot02a	Beschreibung der Verletzung:	x0ot02a					
	Wann? (Jahr) INT: 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		x0ot11
x0ot03a	Beschreibung der Verletzung:	x0ot03a					
	Wann? (Jahr) INT: 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		x0ot11
x0ot04a	Beschreibung der Verletzung:	x0ot04a					
	Wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot04b	Jahr 				

Sonstiges - Krankheiten

x0ot11	Haben Sie sonst eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot11	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	x0ot21	
x0ot11a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot11a					
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot11b	Jahr	_ _ _ _ _			
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot12	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein			x0ot21
x0ot12a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot12a					
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot12b	Jahr	_ _ _ _ _			
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot13	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein			x0ot21
x0ot13a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot13a					
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot13b	Jahr	_ _ _ _ _			
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot14	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein			x0ot21
x0ot14a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot14a					
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot14b	Jahr	_ _ _ _ _			
	Haben Sie noch eine von einem Arzt diagnostizierte Krankheit über die wir noch nicht gesprochen haben?	x0ot15	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein			x0ot21

x0ot15a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot15a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: 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		x0ot21
x0ot16a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot16a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: 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		x0ot21
x0ot17a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot17a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: 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		x0ot21
x0ot18a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot18a				
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: 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		x0ot21
x0ot19a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot19a				

	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: 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	x0ot21
x0ot20a	Beschreiben Sie die Krankheit möglichst genau:	x0ot20a	_____		
	Seit wann leiden Sie daran? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot20b	Jahr	_____	

Sonstiges - Operationen

x0ot21	Hatten Sie irgendwelche Operationen über die wir nicht gesprochen haben?	x0ot21	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 3 Ich weiß es nicht	end	
x0ot21a	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot21a					
	Wann? (Jahr) INT: 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			end
x0ot22a	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot22a					
	Wann? (Jahr) INT: 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			end
x0ot23a	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot23a					
	Wann? (Jahr) INT: 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			end
x0ot24a	Um welche Operation handelte es sich dabei?	x0ot24a					
	Wann? (Jahr) INT: Falls der Zeitpunkt unbekannt ist, Jahr 9999 kodieren.	x0ot24b	Jahr	_ _ _ _			
	INT: Jetzt soll die Aufnahme gestoppt werden.						

Algometer

	<p>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 schmerhaft. 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.</p>			
	Wert in kg einfügen	x0am01		__ __ . __
	Messung wurde am folgenden Zeigefinger durchgeführt:	x0am02	<input type="checkbox"/> 1 links <input type="checkbox"/> 2 rechts	

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>					
x0mm01				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	
x0mm06	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>					
x0mm11	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				__

	<p>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?</p> <p>INT: Wiederholen Sie das Wort wenn nötig und helfen Sie, wenn nötig, beim Vorwärtsbuchstabieren.</p>					
x0mm14	Buchstabieren Sie es jetzt rückwärts: INT: Bewertung: Anzahl richtiger Buchstaben in der korrekten Reihenfolge	x0mm14 x0mm15 x0mm16 x0mm17 x0mm18	S I E R P	Richtig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Falsch <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
x0mm19	Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten? INT: Die Reihenfolge muß nicht eingehalten werden	x0mm19 x0mm20 x0mm21	ZITRONE SCHLÜSSEL TISCH	Richtig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Falsch <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Kognition - Sprache

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

x0mm26	<p>Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf dieses Blatt Papier.</p> <p>INT: Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktions ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.</p>	x0mm26	<p>Vollständiger Satz</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p>	
x0mm27	<p>Bitte zeichnen Sie die Figur ab.</p> <p>INT: 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><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p>	
x0mm28	<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>INT: 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>	x0mm28 x0mm29 x0mm30	<p>Nichtdominante Hand</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>In der Mitte falten</p> <p><input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2</p> <p>Auf den Tisch legen</p> <p><input type="checkbox"/>1 <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>				
x0ss00	Haben Sie zurzeit ... eine Erkältung?	x0ss00a	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	end
	Heuschnupfen?	x0ss00b	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	end
	eine Entzündung der Nasennebenhöhlen? (Sinusitis)	x0ss00c	<input type="checkbox"/> 2 Nein	<input type="checkbox"/> 1 Ja	end

Riechtest - Details

x0ss22	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		x0ss23
	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	
x0ss23	Wurden Sie an den Nasennebenhöhlen oder wegen Nasenpolypen (auch im Kindes- und Jugendalter) operiert?	x0ss23a	Ja	Nein	Weiß nicht	
		x0ss23a	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
x0ss24	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	x0ss01
	Lokalisation der Schädelfraktur INT: z.B. Gesichtsschädel-, Schäeldach-, Schädelbasisbruch	x0ss24a	<hr/>			

Riechtest - Test1

	<p>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</p> <p>INT: 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>				
x0ss01	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

x0ss09	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? INT: Geburtsdatum. Datumsformat TT.MM.JJJJ verwenden. Jahr bitte 4-stellig angeben.	c006	__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ	
fh01	Wie lauten Vor- und Nachname Ihrer Mutter?	fh01_1		
	Woher stammt sie? (Ortschaft)	fh01_2		
	Wann wurde sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.	fh01_3 fh01_4	__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ	
fh02	Wie lauten Vor- und Nachname der Mutter Ihrer Mutter? (Großmutter mütterlicherseits)			
	Woher stammt sie? (Ortschaft)			
	Wann wurde Sie geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ	
fh03	Wie lauten Vor- und Nachname des Vaters Ihrer Mutter? (Großvater mütterlicherseits)			
	Woher stammt er? (Ortschaft)			
	Wann wurde er geboren? (Datum) oder Geburtsjahr (falls genaues Datum nicht bekannt) INT: Falls der Zeitpunkt der Geburt (auch das Jahr) nicht bekannt ist im Feld "oder Geburtsjahr" 9999 kodieren.		__ __ . __ __ . __ __ __ TT MM JJJJ	
fh04	Wie lauten Vor- und Nachname Ihres Vaters?			

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