

# BabyCare

## Profil & Analyse

Um Ihre persönliche Auswertung schneller zu erhalten, können Sie den Fragebogen auch bequem online unter [fragebogen.baby-care.de](http://fragebogen.baby-care.de) am Computer, Smartphone oder Tablet ausfüllen.

### Ein paar Hinweise vorweg

Erlauben Sie uns, mit einer Frage zu beginnen?

#### Wie ist im Allgemeinen Ihre Einstellung zur Teilnahme an schriftlichen oder telefonischen Befragungen?

- Daran nehme ich prinzipiell nicht teil
- Daran nehme ich nicht gerne teil  
→ (Bitte weiter mit A)
- Das kommt auf das Thema an  
→ (Bitte weiter mit B)
- Weiß ich nicht  
→ (Bitte weiter mit A)

#### A

Etwa die Hälfte der Bundesbürger beteiligt sich nur ungern an Befragungen und etwa ein Viertel tut dies aus Prinzip nicht. Wenn Sie zu diesen Gruppen gehören, möchten wir Sie bitten, hier und heute Ihre Skepsis noch einmal zu überdenken, denn mit den Informationen, die Sie uns geben, erhalten Sie in einem Auswertungsschreiben wichtige Hinweise und Empfehlungen, wie Sie mögliche Risiken für den weiteren Verlauf der Schwangerschaft verringern können. Und ggf. erfahren Sie auch, dass soweit alles o.k. ist. Bitte weiterlesen. ↓

#### B

Der Fragebogen behandelt alle Faktoren, von denen bekannt ist, dass sie vor Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft schützen oder die Wahrscheinlichkeit ihres Eintritts erhöhen. Bei einigen Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen können Sie sich selbst ein Bild machen, ob bei Ihnen Risiken bestehen, z. B. beim Rauchen. Bei vielen Anderen können Sie sich aber nicht sicher sein, ob hier tatsächlich Risiken bestehen oder nicht. Dazu drei Beispiele:

Stress vor und in der Schwangerschaft, häufige Vaginalinfektionen und eine unzureichende Aufnahme von Vitaminen und Mineralstoffen sind Risiken für Komplikationen im Verlauf der Schwangerschaft. Im Fragebogen erfragen wir auch diese drei Bereiche. Sie geben uns an, ob und wie stark Sie unter Stress stehen, wie viele Vaginalinfektionen Sie in Ihrem Leben bisher gehabt haben und schließlich füllen Sie das Ernährungsprotokoll aus.

Stresserleben ist eine sehr subjektive Sache. Indem wir Ihre persönlichen Angaben zum Stress mit den Angaben von allen Teilnehmerinnen am BabyCare-Programm vergleichen, können wir Ihnen sagen, ob Sie persönlich überdurchschnittlich oder normal mit Stress belastet sind. Liegen Sie deutlich über dem Durchschnitt, erhalten Sie diese Informationen mit Ratschlägen und Empfehlungen, wie Sie mit Stress besser umgehen können.

Dasselbe gilt für Vaginalinfektionen. Nehmen wir einmal an, Sie geben an, bisher drei Vaginalinfektionen gehabt zu haben. Ist das viel, ist das wenig, oder ist das normal? Auch hier vergleichen wir mit dem Durchschnitt und können Ihnen mitteilen, ob Sie überdurchschnittlich häufig solche Infektionen hatten. Dies ist wichtig für Sie, denn dann können Sie im Verlauf der Schwangerschaft viel dafür tun, diese Infektionen zu vermeiden.

Das Ausfüllen des 7 Tage Ernährungsprotokolls ist – zugegebenermaßen – etwas mühsam. Aber Sie erhalten dafür wichtige Informationen. Fast jede Schwangere ist mit Folsäure, Eisen und Jod unterversorgt.

**MUSTER**

**Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie –**

- in die Kästchen ein Kreuz machen  
*Beispiel: Haben Sie Kinder?* Ja .....  1  
 Nein .....  2
- oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen  
*Beispiel: Alter* .....  Jahre
- oder etwas auf die Zeile schreiben  
*Beispiel: Welche Sportarten betreiben Sie?*

Wenn Sie einmal ein Kreuz falsch gesetzt haben, korrigieren Sie wie folgt:  
 Angenommen, Sie haben auf die Frage nach dem täglichen Medikamentenkonsum irrtümlich angegeben, dass Sie ein bestimmtes Präparat täglich einnehmen, in Wirklichkeit nehmen Sie es aber nur 1mal pro Woche ein, dann machen Sie bitte einen Kreis um das falsch gesetzte Kreuz und setzen ein neues Kreuz an der zutreffenden Stelle:

|                        |                                     |                          |                                     |                          |                          |
|------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                        | Täglich                             | Mehrmals<br>pro Woche    | 1mal<br>pro Woche                   | Seltener                 | Nie                      |
|                        | 1                                   | 2                        | 3                                   | 4                        | 5                        |
| <i>Beispiel:</i> ..... | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird:  
*Beispiel:* Ja .....  1    Nein .....  2

*Wenn Sie "Ja" ankreuzen, gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.  
 Wenn Sie "Nein" ankreuzen, gehen Sie zu der Frage weiter, die im Kästchen steht.*

Wenn Sie den Fragebogen an uns zurückschicken, erhalten Sie nach etwa 2-3 Wochen die Auswertung der Ergebnisse mit persönlichen Empfehlungen, Hinweisen und Tipps für eine gesunde Schwangerschaft.

Auf Wunsch senden wir Ihnen die Auswertung gerne auch per E-Mail zu. Machen Sie dazu einfach einen entsprechenden Vermerk am Ende des Fragebogens. Sie erhalten Ihre Auswertung dadurch ein paar Tage früher.

Der Fragebogen wurde dem zuständigen Datenschutzbeauftragten in Berlin vorgestellt.

**Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können sicher sein, dass alle Angaben, die Sie machen nur anonymisiert ausgewertet werden.** Dazu wird Ihre Adressangabe sofort nach Eingang vom Fragebogen getrennt. Die Mitarbeiter, die den Fragebogen bearbeiten, wissen nicht, von wem die Angaben stammen. Mehr Informationen dazu finden Sie auch in unserer Datenschutzerklärung auf Seite 28 in diesem Fragebogen.

**Mit der freiwilligen Einverständniserklärung** am Ende des Fragebogens erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis, dass wir nach dem voraussichtlichen Geburtstermin mit Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt Kontakt aufnehmen und das Geburtsergebnis von ihr/ ihm erhalten dürfen. Dies benötigen wir zu Forschungszwecken, um die Wirksamkeit des BabyCare-Programms genau überprüfen und das Programm stetig verbessern zu können.

**Nehmen Sie sich die Zeit für ein »Gespräch« mit sich selbst.**

Stress, Vaginalinfektionen und Defizite in der Mikronährstoffversorgung verdoppeln jeweils einzeln das Risiko für eine Frühgeburt. Umgekehrt gilt, dass Stressreduktion, Schutz vor einer Vaginalinfektion und eine gute Mikronährstoffversorgung das Risiko jeweils halbieren.

Und dies ist unser Ziel. Nutzen Sie deshalb unser Angebot und füllen Sie den Fragebogen aus. Dies ist ganz einfach. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30-45 Minuten, dazu kommen noch jeweils 5 Minuten pro Tag für das Ernährungsprotokoll. Beantworten Sie bitte alle Fragen so genau und zutreffend wie möglich.

Der Fragebogen existiert auch als Onlineversion. Vorteile der Onlineversion sind, dass der Fragebogen versandkostenfrei an uns zurückgeschickt werden kann. Auch die Zeit des Postweges fällt dadurch weg und Sie erhalten Ihre persönliche Analyse schneller. Den Onlinefragebogen finden Sie unter **fragebogen.baby-care.de**. Durch das Anmelden und die Vergabe eines Passwortes können Sie die Beantwortung jederzeit auch unterbrechen und später fortfahren.

**Verantwortliche Stelle:**

FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH  
Projektteam BabyCare  
Dr. Renate Kirschner (Geschäftsführerin)

c/o Charité Frauenklinik CVK  
Augustenburger Platz 1  
13353 Berlin  
Telefon: +49-30-450 5780 32  
FAX: +49-30-450 5789 22  
E-Mail: team@baby-care.de

|  |         |
|--|---------|
|  | ID-NR.: |
|--|---------|

### Bestehende oder geplante Schwangerschaft

|    |  |   |
|----|--|---|
| 1. | Sind Sie schwanger oder planen Sie eine Schwangerschaft? | Bin schwanger ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Plane eine Schwangerschaft ..... <input type="checkbox"/> 2 |
|----|--|---|

### Wohnung

|    |  |  |
|----|--|--|
| 2a | Planen Sie in der Zeit der Schwangerschaft bzw. in den nächsten zehn Monaten einen Umzug oder Renovierungsmaßnahmen in Ihrer derzeitigen (oder neuen) Wohnung? |  |
|    | Ja, Umzug ..... <input type="checkbox"/> 1   | Nein, weder Umzug noch Renovierung geplant. <input type="checkbox"/> 1   |
|    | Ja, Renovierungsmaßnahmen ..... <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 1 <span style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px 5px;">Weiter mit Frage 3</span> |
| 2b | Führen Sie diese Umzüge oder die Renovierungsmaßnahmen selbst aus oder beauftragen Sie Dritte?   |  |
|    | Führe selbst aus bzw. mit Partner ..... 1 <input type="checkbox"/>   |  |
|    | Beauftrage Dritte ..... 2 <input type="checkbox"/>   |  |
|    | Sowohl als auch ..... 3 <input type="checkbox"/>   |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 3. | Halten Sie in Ihrer Wohnung, in Ihrem Haus eine oder mehrere Katzen? | Ja ..... <input type="checkbox"/> 1      Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 4. | Halten Sie sich häufiger (z. B. bei Freunden) in Wohnungen auf, in denen Katzen gehalten werden? | Ja ..... <input type="checkbox"/> 1      Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 |
|----|--|--|

### Ausbildung, Beschäftigung, Arbeitsplatz

|    |  |
|----|--|
| 5. | Welchen Schulabschluss haben Sie?<br>Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den <u>höchsten</u> an!               |
|    | Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss ..... <input type="checkbox"/> 1   |
|    | Realschulabschluss (Mittlere Reife) / Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse ..... <input type="checkbox"/> 2          |
|    | Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS und Fachoberschule) ..... <input type="checkbox"/> 3 |
|    | Hochschulabschluss ..... <input type="checkbox"/> 4  |
|    | Anderen Schulabschluss ..... <input type="checkbox"/> 5  |
|    | Noch keinen Schulabschluss / Schule ohne Abschluss beendet ..... <input type="checkbox"/> 6                                    |

|    |   |
|----|---|
| 6. | Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?   |
|    | Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) <input type="checkbox"/> 1                           |
|    | Teilzeitberufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 15 bis 34 Stunden) ..... <input type="checkbox"/> 2                    |
|    | Teilzeit- oder stundenweise berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von unter 15 Stunden) ..... <input type="checkbox"/> 3 |
|    | In Ausbildung / Schülerin / Lehrling / Studentin ..... <input type="checkbox"/> 4   |
|    | Nicht berufstätig (Hausfrau) ..... <input type="checkbox"/> 5   |
|    | Nicht berufstätig (arbeitslos / arbeitssuchend) ..... <input type="checkbox"/> 6  |
|    | Vorübergehende Freistellung (z. B. Beschäftigungsverbot, Erziehungsurlaub) ..... <input type="checkbox"/> 7                         |



## Rauchen und Drogen

**13. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie derzeit?**

Habe noch **nie** geraucht (bis auf ganz seltenes Probieren) .... 1  Weiter mit Frage 16

Rauche schon längere Zeit nicht mehr ..... 2  } Weiter mit Frage 15

Rauche nicht mehr, seit ich weiß, dass ich schwanger bin ..... 3  }

Rauche derzeit ..... 4  ▼

---

**14. Wie viel rauchen Sie derzeit durchschnittlich pro Tag?**   Zigaretten

**15a. Wie viel haben Sie früher durchschnittlich pro Tag geraucht?**   Zigaretten

**15b. Rauchen Sie derzeit E-Zigaretten?** Ja .....  1      Nein .....  2

---

**16. Halten Sie sich häufiger tagsüber oder abends in Räumen auf, in denen geraucht wird?** 1

☞ *Mehrfachnennungen möglich!*

Ja, bei der Arbeit .....

Ja, zu Hause .....

Ja, an anderen Orten .....

Nein .....

---

**17. Haben Sie in den letzten 12 Monaten, wenn auch nur gelegentlich, Cannabis, Marihuana oder andere sogenannte illegale Drogen verwendet?**

Ja ..... 1       Nein ..... 2  Weiter mit Frage 19

▼

---

**18a. Wie häufig haben Sie diese Drogen in den letzten 12 Monaten verwendet?** Circa   Mal

**18b. Haben Sie diese Drogen auch während der Schwangerschaft verwendet?** Ja .....  1      Nein .....  2

## Ernährung

**19. Stellen Sie sich bitte vor, dass Sie vor ca. einem Jahr in einem Interview zur folgenden Aussage hätten Stellung nehmen sollen:**

"Meiner Gesundheit zuliebe verwende ich Vitamin- und Mineralstoffpräparate."

**Wie hätten Sie geantwortet?** 1

☞ *Bitte geben Sie Ihre damalige Antwort an!*

Trifft voll und ganz zu .....

Trifft eher zu .....  2

Trifft eher nicht zu .....  3

Trifft überhaupt nicht zu ...  4

---

**20. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Sätze auf Ihr Ernährungsverhalten zutreffen.**  
 1 bedeutet: "Trifft voll und ganz zu", 6 bedeutet: "Trifft gar nicht zu".  
 Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstimmen.

☞ *Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!*

|   |                         | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
|---|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ich esse, was mir schmeckt .....                      | Trifft voll und ganz zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte sehr auf die Kalorien .....                 |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse gerne traditionell .....                     |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich ernähre mich vegetarisch .....                    |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse gerne exklusiv .....                         |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte sehr auf den Preis der Nahrungsmittel ..... |                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Trifft gar nicht zu**

*Fortsetzung nächste Seite*

|   | Trifft voll und ganz zu  |                          |                          |                          |                          |                          | Trifft gar nicht zu      |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        |
| Ich esse häufig in Kantinen und im Imbiss .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte sehr auf die Frische der Nahrungsmittel .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse häufig in Gaststätten und Restaurants .....      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich verwende häufig Bioprodukte .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte sehr auf die Qualität der Nahrungsmittel .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse, was schnell zuzubereiten ist .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse, was einfach zuzubereiten ist .....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse häufig Fertiggerichte .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte besonders auf Vitamine .....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich achte besonders auf Mineralstoffe .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich esse, was auf den Tisch kommt .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beim Essen achte ich vor allem auf meine Gesundheit ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Welchem der folgenden Ernährungstypen würden Sie sich zuordnen?**  
*☞ Bitte nur eine Nennung!*

|  |   |
|--|---|
| Schnell & Bequem..... <input type="checkbox"/> 1   | Exklusiv & Genussvoll..... <input type="checkbox"/> 2 |
| Traditionell & Gut..... <input type="checkbox"/> 3 | Gesund & Natürlich..... <input type="checkbox"/> 4    |
| Gesund & Fit ..... <input type="checkbox"/> 5      | Schnell & Preiswert..... <input type="checkbox"/> 6   |

**22. Meinen Sie, dass Ihr Gewicht eher zu hoch, gerade richtig oder eher zu niedrig ist?**

Eher zu hoch.....  1      Gerade richtig.....  2      Eher zu niedrig.....  3

**23a Haben Sie in den letzten 12 Monaten oder seit der Diagnose der Schwangerschaft eine Diät oder eine besondere Ernährungsweise durchgeführt?**

|                               | Letzte 12 Monate           |       | Seit der Schwangerschaft   |       |
|-------------------------------|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
|                               | A                          |       | B                          |       |
| Ja, Diät .....                | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| Ja, besondere Ernährung ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| Nein, weder noch .....        | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |

**Weiter mit Frage 24a**

**23b Um was handelte es sich?**

|  | Letzte 12 Monate           |       | Seit der Schwangerschaft   |       |
|--|----------------------------|-------|----------------------------|-------|
|  | A                          |       | B                          |       |
| a) Diät / besondere Ernährung zur Gewichtsreduktion oder -stabilisierung ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| b) Besondere Ernährung wegen Nahrungsmittelunverträglichkeiten .....           | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| c) Vegetarische Ernährung .....  | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| d) Vegane Ernährung .....  | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| e) Rein biologische Ernährung .....  | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |
| f) Sonstige Maßnahmen oder Ernährungsformen .....                              | <input type="checkbox"/> 1 | ..... | <input type="checkbox"/> 1 | ..... |



27. Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann üblicherweise pro Tag? Denken Sie dabei bitte (auch) an die letzten 4 Wochen.

 Bitte für jedes Getränk gesondert ankreuzen!

**Stark koffeinhaltige Getränke**  
(Energy-Drinks, Mate-Limonade)

Gläser:  
gemeint sind normale Gläser mit 200 ml

- Mehr als 6 Gläser .....  1
- 5 bis 6 Gläser .....  2
- 3 bis 4 Gläser .....  3
- 1 bis 2 Gläser .....  4
- Weniger als 1 Glas .....  5
- Trinke (fast) **nie** koffeinhaltige Getränke .....  6

**Kaffee**

Tassen:  
gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

Mit Koffein      Ohne Koffein bzw. Ersatz-/Malzkaffee

- Mehr als 6 Tassen .....   1
- 5 bis 6 Tassen .....   2
- 3 bis 4 Tassen .....   3
- 1 bis 2 Tassen .....   4
- Weniger als 1 Tasse .....   5
- Trinke (fast) **nie** Kaffee .....   6

**Tee**

Gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

Schwarzer Tee      Grüner Tee      Kräuter-/Früchte-/Aromatee

- Mehr als 6 Tassen .....    1
- 5 bis 6 Tassen .....    2
- 3 bis 4 Tassen .....    3
- 1 bis 2 Tassen .....    4
- Weniger als 1 Tasse .....    5
- Trinke (fast) **nie** Tee .....    6

**Bier**

Alkohol-frei      Alkoholarm, Light-bier      Normaler Alkohol-gehalt

- Mehr als 2 Liter .....    1
- 1 bis 2 Liter .....    2
- ½ bis 1 Liter .....    3
- ¼ bis ½ Liter .....    4
- Weniger als ¼ Liter .....    5
- Trinke (fast) **nie** Bier .....    6

**Wein, Sekt, Obstwein, Alkopops**

Gläser:  
gemeint sind Gläser mit 200 ml

- 5 Gläser und mehr .....  1
- 4 Gläser .....  2
- 3 Gläser .....  3
- 2 Gläser .....  4
- 1 Glas .....  5
- Weniger als 1 Glas .....  6
- Trinke (fast) **nie** Wein, Sekt, Obstwein .....  7

**Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u. Ä.)**

Kleine Gläser: gemeint sind Gläser mit 2 cl

- 10 kleine Gläser und mehr .....  1
- 5 bis 9 kleine Gläser .....  2
- 3 bis 4 kleine Gläser .....  3
- 2 kleine Gläser .....  4
- 1 kleines Glas .....  5
- Weniger als 1 kleines Glas .....  6
- Trinke (fast) **nie** Hochprozentiges .....  7

**Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit**

28a Wie oft betreiben Sie im Laufe einer Woche üblicherweise Gymnastik oder Sport?

- Regelmäßig mehr als 10 Stunden pro Woche (Leistungssport) ..  1
- Regelmäßig 4 bis 10 Stunden pro Woche .....  2
- Regelmäßig 2 bis 4 Stunden pro Woche .....  3
- Regelmäßig 1 bis 2 Stunden pro Woche .....  4
- Weniger als 1 Stunde pro Woche .....  5

Mache **nie** Gymnastik oder Sport .....  6

**Weiter mit Frage 29**

28b Wenn Sie Gymnastik oder Sport betreiben, um was handelt es sich?

- Schwimmen .....  1      Radfahren .....  4      Wandern .....  7      Fitness/Gymnastik/Yoga ..  10
- Tanzen .....  2      Skifahren .....  5      Tennis/Tischtennis ..  8      Squash/Badminton .....  11
- Joggen/Walken .....  3      Fußball .....  6      Handball .....  9      Reiten .....  12

Sonstiges (bitte angeben):



**29. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?**  
 Sehr gut..... <sub>1</sub> Gut..... <sub>2</sub> Zufriedenstellend ... <sub>3</sub> Weniger gut..... <sub>4</sub> Schlecht..... <sub>5</sub>

**30a Welche der Krankheiten auf der nebenstehenden Liste hatten Sie in den letzten 12 Monaten?**  
**30b Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?**  
**30c Wenn ja: womit? Geben Sie bitte so genau wie möglich den Namen des Medikaments an.**  
**30d Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie auch in den letzten 4 Wochen?**  
**30e Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?**  
**30f Wenn ja: womit? Geben Sie bitte so genau wie möglich den Namen des Medikaments an.**

☞ Die Krankheiten sind von A bis Z geordnet. Gehen Sie bitte die nebenstehende Liste kurz durch, kreuzen Sie die zutreffenden Krankheiten an und nennen Sie die verwendeten Medikamente. Geben Sie diese bitte so genau wie möglich an.

☞ Falls Sie **keine** der Krankheiten haben oder hatten, machen Sie bitte in der letzten Zeile der Frage auf Seite 10 ein Kreuz.

| Liste zu den Fragen 30a bis 30f  | In den letzten 12 Monaten |   |                             | In den letzten 4 Wochen  |   |                             |
|--|---------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|---|-----------------------------|
|  | 30a<br>Ja, hatte ich      | 30b<br>Ja, wurde medikamentös behandelt | 30c<br>Name des Medikaments | 30d<br>Ja, hatte ich     | 30e<br>Ja, wurde medikamentös behandelt | 30f<br>Name des Medikaments |
| 1. Akne.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 2. Allergie (Heuschnupfen, Neurodermitis, Kontaktekzem).....                 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 3. Asthma.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 4. Bandscheibenvorfall.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 5. Blutarmut.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 6. Bluthochdruck, Hypertonie.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 7. Bronchitis (chronisch).....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 8. Bronchitis (akut).....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 9. Durchblutungsstörung an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheiten..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 10. Durchblutungsstörung des Gehirns.....                                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 11. Eisenmangel.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 12. Epilepsie.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 13. Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin.....                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 14. Essstörung / Bulimie.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 15. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine.....                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 16. Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen (HWS, LWS).....                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 17. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke.....               | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 18. Gicht oder Harnsäureerhöhung.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 19. Glutenunverträglichkeit (Sprue).....                                     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 20a Grippaler Infekt.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |
| 20b Grippe.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                | _____                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>                | _____                       |

Fortsetzung nächste Seite

| Fortsetzung der Fragen 30a bis 30f  | In den letzten 12 Monaten |                                  |                      | In den letzten 4 Wochen  |                                  |                      |
|---|---------------------------|----------------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------------|----------------------|
|   | 30a                       | 30b                              | 30c                  | 30d                      | 30e                              | 30f                  |
|   | Ja, hatte ich             | Ja, wurde medikamentös behandelt | Name des Medikaments | Ja, hatte ich            | Ja, wurde medikamentös behandelt | Name des Medikaments |
|   | 1                         | 2                                |                      | 1                        | 2                                |                      |
| 21. Gürtelrose.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 22. Herzerkrankung / Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina Pectoris)       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 23. Herzinfarkt.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 24. Herzschwäche, Herzasthma, Herzinsuffizienz.....                           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 25. Knochenbruch.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 26. Krampfadern, "offenes Bein".....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 27. Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs).....         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 28. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht.....                    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 29. Leberschrumpfung, Leberzirrhose.....                                      | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 30. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit.....                  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 31. Magenschleimhautentzündung, Gastritis.....                                | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 32. Magersucht / Anorexie.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 33. Migräne.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 34. Multiple Sklerose.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 35. Niedriger Blutdruck.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 36. Nierenbeckenentzündung (Pyelonephritis).....                              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 37. Nierenkolik, Nierensteine.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 38. Ödeme.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 39. Psychische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose).....    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 40. Schilddrüsenüberfunktion.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 41. Schilddrüsenunterfunktion.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 42. Schilddrüsenkrankheiten (sonstige).....                                   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 43. Schlaganfall.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 44. Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol).....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| 45. Thrombose.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 46. Thromboseneigung (Gerinnungsstörung) Faktor-V-Leiden (APC-Resistenz)..... | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 47. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I.....                             | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| 48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ II.....                            | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| Sonstige Krankheiten ( <i>bitte angeben</i> ):                                |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| <input type="text"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>         | _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         | _____                |
| -----   |                           |                                  |                      |                          |                                  |                      |
| <b>Hatte keine dieser Krankheiten</b> .....                                   | <input type="checkbox"/>  |                                  |                      |                          |                                  |                      |

| <b>31a</b>  | <p><b>Welche der folgenden Erkrankungen der Geschlechtsorgane hatten Sie <u>jemals</u>?</b><br/> <b>Welche hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u>?</b><br/> <b>Hatten Sie diese auch <u>in den letzten 4 Wochen</u>?</b><br/> <b>Wenn in den letzten 4 Wochen: Mit welchen Medikamenten wurden diese Krankheiten behandelt?</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja,<br/>hatte ich<br/>jemals</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja,<br/>hatte ich in<br/>den letzten<br/>12 Monaten</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja,<br/>hatte ich in<br/>den letzten<br/>4 Wochen</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Name des<br/>Medikaments</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Bakterielle Scheidenentzündung.....</td> <td style="text-align: center;">1 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">2 <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">3 <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. Scheidenpilze.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. Chlamydien.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. Trichomonaden.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-top: 1px dashed black; border-bottom: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td>5. HPV (Humanes Papilloma-Virus).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>6. Herpes-Genitalis.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>7. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung).....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>8. Entzündung des Muttermundes.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="border-top: 1px dashed black;"></td> </tr> <tr> <td>9. Eierstockentzündung.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>10. Entzündung der Gebärmutter.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td colspan="5" style="padding: 5px;">                     Andere Vaginalinfektionen (<i>bitte angeben</i>):<br/> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 10px;"></div>                     ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....                 </td> </tr> </tbody> </table> |  | Ja,<br>hatte ich<br>jemals                     | Ja,<br>hatte ich in<br>den letzten<br>12 Monaten | Ja,<br>hatte ich in<br>den letzten<br>4 Wochen | Name des<br>Medikaments | 1. Bakterielle Scheidenentzündung..... | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | _____ | 2. Scheidenpilze..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 3. Chlamydien..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 4. Trichomonaden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |  |  |  |  |  | 5. HPV (Humanes Papilloma-Virus)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 6. Herpes-Genitalis..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 7. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 8. Entzündung des Muttermundes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |  |  |  |  |  | 9. Eierstockentzündung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | 10. Entzündung der Gebärmutter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | Andere Vaginalinfektionen ( <i>bitte angeben</i> ):<br><div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 10px;"></div> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... |  |  |  |  |
|---|---|--|--|--|--|-------------------------|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|--|--|--|--|--|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|---|--|--|--|--|
|   | Ja,<br>hatte ich<br>jemals  | Ja,<br>hatte ich in<br>den letzten<br>12 Monaten | Ja,<br>hatte ich in<br>den letzten<br>4 Wochen | Name des<br>Medikaments                          |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 1. Bakterielle Scheidenentzündung.....  | 1 <input type="checkbox"/>  | 2 <input type="checkbox"/>                       | 3 <input type="checkbox"/>                     | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 2. Scheidenpilze.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 3. Chlamydien.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 4. Trichomonaden.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 5. HPV (Humanes Papilloma-Virus).....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 6. Herpes-Genitalis.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 7. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung).....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 8. Entzündung des Muttermundes.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
|   |   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 9. Eierstockentzündung.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| 10. Entzündung der Gebärmutter.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>                       | _____  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| Andere Vaginalinfektionen ( <i>bitte angeben</i> ):<br><div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block; margin-right: 10px;"></div> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... |   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>31b</b>  | <p><b>Wie viele Vaginalinfektionen, die behandelt werden mussten, hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?</b></p> <p>Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Vaginalinfektionen    Keine..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 0</p>   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>31c</b>  | <p><b>Und wie viele Vaginalinfektionen hatten Sie in den letzten 12 Monaten?</b></p> <p>Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Vaginalinfektionen    Keine..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 0</p>  |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>32.</b>  | <p><b>Wenn Sie sich die Zähne putzen, beobachten Sie dabei häufiger, dass das Zahnfleisch blutet?</b></p> <p>Ja, stark..... 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Ja, etwas ..... 2 <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 200px;">Nein..... 3 <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px;">Weiter mit Frage 34</span></p>  |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>33.</b>  | <p><b>Waren oder sind Sie <u>deshalb</u> in zahnärztlicher Behandlung?</b></p> <p>Ja, war in Behandlung..... <input type="checkbox"/> 1 } <b>Handelt(e) es sich um eine richtige Parodontitisbehandlung, die Sie zum Teil selbst bezahlen mussten oder müssen?</b></p> <p>Ja, bin in Behandlung..... <input type="checkbox"/> 2 }    Ja ..... <input type="checkbox"/> 1    Nein ..... <input type="checkbox"/> 2    Weiß nicht..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nein..... <input type="checkbox"/> 3</p>   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>34.</b>  | <p><b>Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?</b></p> <p style="text-align: right;">Insgesamt <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Tage</p> <p style="text-align: right;">Keinen Tag..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 0</p>  |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |
| <b>35a</b>  | <p><b>Sind Sie in den vergangenen 12 Monaten ein- oder mehrmals in ein Krankenhaus stationär aufgenommen worden? (Nicht gemeint ist der Besuch einer Krankenhausambulanz)</b></p> <p>Ja ..... 1 <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">Nein ..... 2 <input type="checkbox"/> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 10px;">Weiter mit Frage 36</span></span></p> <p style="margin-top: 20px;">Insgesamt..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Mal</p>   |  |  |  |  |                         |  |                            |                            |                            |       |                       |                          |                          |                          |       |                    |                          |                          |                          |       |                       |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                                       |                          |                          |                          |       |                          |                          |                          |                          |       |  |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |  |  |  |  |  |                             |                          |                          |                          |       |                                     |                          |                          |                          |       |   |  |  |  |  |

**35b** Sind Sie während der diagnostizierten Schwangerschaft ein- oder mehrmals in ein Krankenhaus stationär aufgenommen worden? (Nicht gemeint ist der Besuch einer Krankenhausambulanz)

Ja .....1

Nein.....2  **Weiter mit Frage 36**

Insgesamt.....   Mal

**35c** Erfolgte die stationäre Aufnahme (die stationären Aufnahmen) in Zusammenhang mit der Schwangerschaft (z. B. starke vaginalblutungen) oder hatte die Schwangerschaft damit nichts zu tun (z. B. Knochenbruch, Schnittverletzung)?

Ja, in Zusammenhang mit der Schwangerschaft .....1

Nein, die Schwangerschaft hatte damit nichts zu tun .....2  **Bitte weiter mit Frage 35f**

Sowohl als auch .....3

**35d** In welcher Schwangerschaftswoche (in welchen Schwangerschaftswochen) war der Beginn der stationären Aufnahme(n)?

SSW

SSW

SSW

SSW

**35e** Was waren die Gründe für die stationäre(n) Aufnahme(n):

**35f** Wie viele Nächte waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt im Krankenhaus?   Nächte

**36.** Wie viele gynäkologische Operationen (z. B. Myomentfernung, Konisation, Aborte) hatten Sie in Ihrem Leben insgesamt?   gynäkologische Operationen  
Keine gynäkologische Operation ....  0

**37.** Wie sehr litten Sie in den letzten 12 Monaten unter den folgenden Beschwerden?

|  | Stark                    | Mäßig                    | Kaum                     | Gar nicht                |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
| Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kurzatmigkeit.....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwächegefühl.....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schluckbeschwerden .....                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |                          |                          |
| Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Druck- oder Völlegefühl im Leib .....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mattigkeit.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Übelkeit .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |                          |                          |
| Sodbrennen oder saures Aufstoßen .....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reizbarkeit .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grübeleien.....                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starkes Schwitzen.....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |                          |                          |
| Kreuz- oder Rückenschmerzen.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Innere Unruhe .....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Fortsetzung nächste Seite**

| <b>Fortsetzung Frage 37</b>  |   | Stark  | Mäßig                    | Kaum                     | Gar nicht                |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
|--|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|----|------|--|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  |   | 1  | 2                        | 3                        | 4                        |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen .....                               |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Unruhe in den Beinen.....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Überempfindlichkeit gegen Wärme .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Überempfindlichkeit gegen Kälte.....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Übermäßiges Schlafbedürfnis .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Schlaflosigkeit .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Schwindelgefühl .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Zittern .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Nacken- oder Schulterschmerzen .....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ungewollte Gewichtsabnahme.....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Muskelkrämpfe .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Missempfindungen an den Gliedmaßen<br>wie Kribbeln oder Taubheitsgefühle ..... |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Zittern von Muskeln oder Augenlidern.....                                      |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Erschöpfungszustände, Müdigkeit, Abgeschlagenheit ..                           |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Gedächtnisstörungen, Verwirrtheit .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Krämpfe der Speiseröhre, des Magens oder Darms.....                            |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Herzklopfen / Herzrasen.....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Geräuschempfindlichkeit.....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Kalte Füße.....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Konzentrationsstörungen .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Häufige Kopfschmerzen .....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Niedergeschlagenheit.....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Depressive Verstimmungen .....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Infektionsanfälligkeit.....  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Brüchige Nägel und Haare .....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Eingerissene Mundwinkel.....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Gesichtsblässe .....   |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| -----  |   |  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| <b>38.</b>   | <b>Haben Sie vor Eintritt Ihrer Schwangerschaft (bzw. vor der Kinderwunschbehandlung) die Pille genommen?</b>   | Ja ..... <input type="checkbox"/> 1    Nein .... <input type="checkbox"/> 2  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| <b>39.</b>   | <b>Haben Sie die im Folgenden genannten Präparate regelmäßig täglich oder mehrmals in der Woche eingenommen, bevor Sie wussten, dass Sie schwanger sind bzw. bevor Sie mit der Kinderwunschbehandlung begonnen haben?</b> | <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="text-align: center;">Ja</th> <th style="text-align: center;">Nein</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Calciumpräparat.....</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Eisenpräparat.....</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Jodpräparat.....</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Folsäurepräparat.....</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Ein Multivitaminpräparat.....</td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; padding: 5px;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          |                          |                          |  | Ja | Nein |  | 1 | 2 | Ein Calciumpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ein Eisenpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ein Jodpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ein Folsäurepräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ein Multivitaminpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Ja  | Nein   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
|  | 1   | 2  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ein Calciumpräparat.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ein Eisenpräparat.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ein Jodpräparat.....   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ein Folsäurepräparat.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| Ein Multivitaminpräparat.....  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |
| <b>40.</b>   | <b>Wussten Sie, dass die Einnahme von Folsäure vor der Konzeption (Befruchtung) das Fehlbildungsrisiko des Kindes um bis zu 70 % senken kann?</b>   | Ja ..... <input type="checkbox"/> 1    Nein .... <input type="checkbox"/> 2  |                          |                          |                          |  |    |      |  |   |   |                          |                          |                          |                        |                          |                          |                      |                          |                          |                           |                          |                          |                               |                          |                          |

**ACHTUNG:** Wenn Sie derzeit nicht schwanger sind, beantworten Sie die Frage für den letzten Monat!

**41a** Welche der folgenden Vitamine und Mineralstoffe nehmen Sie seit der Diagnose der Schwangerschaft (bzw. seit Beginn der Kinderwunschbehandlung) in Form von Tabletten, Pulvern oder Säften wie häufig zu sich?

|                           | Täglich                  | 3 Mal pro Woche          | 2 Mal pro Woche          | Seltener                 | Nie                      |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Vitamin A.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B1.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B2.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin B6.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----                     |                          |                          |                          |                          |                          |
| Vitamin B12.....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vitamin D.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Folsäure.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eisen.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----                     |                          |                          |                          |                          |                          |
| Jod.....                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magnesium.....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Calcium.....              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Multivitaminpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Multimineralpräparat..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**41b** Wenn Sie Vitamine / Mineralstoffe eingenommen haben:

Bitte Produktamen notieren:

Um welche Präparate handelt es sich?  
Nennen Sie bitte die Namen der Produkte:

### Reisen

**42a** Planen Sie in der Zeit der Schwangerschaft (oder während der Kinderwunschbehandlung) eine Fernreise in außereuropäische Länder?

Ja ..... 1       Nein..... 2  ► Weiter mit Frage 43

**42b** Wo soll die Fernreise hingehen?

1  
 Afrika .....   
 Asien .....   
 Australien .....   
 Nordamerika.....   
 Südamerika .....





### Frühere und derzeitige Schwangerschaft

Diese Frage richtet sich nur an Schwangere:

**43.** Ist das Ihre erste Schwangerschaft?  
Wenn nein, die wievielte Schwangerschaft ist es?

Nein..... 2       Ja ..... 1  ► Weiter mit Frage 50

☞ die   Schwangerschaft

|     |  |   |
|-----|--|---|
| 44. | <b>Haben Sie schon einmal oder mehrmals eine Schwangerschaft abbrechen lassen?</b>   | Ja, einmal..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, zwei- oder mehrmals..... <input type="checkbox"/> 2<br>Nein..... <input type="checkbox"/> 3 |
| 45. | <b>Haben Sie bisher Fehlgeburten oder Totgeburten gehabt?</b>  | Ja, einmal..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, zwei- oder mehrmals..... <input type="checkbox"/> 2<br>Nein..... <input type="checkbox"/> 3 |
| 46. | <b>Wie viele Kinder haben Sie bisher geboren?</b><br>Bisher .... <input type="text"/> <input type="text"/> Kinder geboren      Habe bisher kein Kind geboren... <input type="checkbox"/> 0  <b>Weiter mit Frage 50</b><br><b>In welchem Monat und Jahr wurde das (jüngste) Kind geboren?</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/><br>Monat                      Jahr  |   |
| 47. | <b>Wie viele Wochen haben Sie dieses Kind ohne Beikost gestillt?</b><br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen      Wird derzeit noch voll gestillt ..... <input type="checkbox"/> 1  |   |
| 48a | <b>Haben Sie schon einmal oder mehrmals ein Kind mit einem Geburtsgewicht von 4.000 Gramm oder mehr geboren?</b>   | Ja, einmal..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, zwei- oder mehrmals..... <input type="checkbox"/> 2<br>Nein..... <input type="checkbox"/> 3 |
| 48b | <b>Kam es bei Ihnen schon einmal zu einer Frühgeburt, d. h. einer Geburt vor der 37. Schwangerschaftswoche?</b>  | Ja, einmal..... <input type="checkbox"/> 1<br>Ja, zwei- oder mehrmals..... <input type="checkbox"/> 2<br>Nein..... <input type="checkbox"/> 3 |
| 49a | <b>Gab es während früherer Schwangerschaft(en) oder Geburt(en) Probleme oder Komplikationen?</b><br>Nein.....1 <input type="checkbox"/> Ja.....2 <input type="checkbox"/>  und zwar: <input type="text"/><br><input type="text"/>   |   |
| 49b | <b>Hatten Sie in den ersten sechs bis acht Wochen nach der Geburt (den Geburten) leichte oder schwerere depressive Verstimmungen oder eine Depression?</b><br>Nein.....1 <input type="checkbox"/>  <b>Weiter mit Frage 50</b><br>Ja, leichte depressive Verstimmungen ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ja, schwerere depressive Verstimmungen ..... <input type="checkbox"/> 3<br>Ja, Depression ..... <input type="checkbox"/> 4<br><br><b>Wenn ja, haben Sie deshalb einen Arzt aufgesucht?</b><br>Ja ..... <input type="checkbox"/> 1<br>Nein ..... <input type="checkbox"/> 2 |   |

50. **Ging der derzeitigen Schwangerschaft eine Kinderwunschbehandlung voraus bzw. stehen Sie vor einer Kinderwunschbehandlung oder wird diese gerade durchgeführt?**

Nein .....1

Ja .....2  ► **und zwar: Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!**

- Zyklusmonitoring / Zyklusüberprüfung.....
- Ausgleich einer Prolaktinerhöhung .....
- Ausgleich einer Testosteronerhöhung .....
- Ausgleich einer Schilddrüsenfunktionsstörung .....
- Clomifenstimulation .....
- Behandlung mit anderen Hormonen.....
- IVF-Behandlung .....
- ICSI-Behandlung .....
- Andere Maßnahmen .....
- Weiß (noch) nicht.....

51. **Welche der folgenden Krankheiten oder Ereignisse sind in Ihrer Herkunftsfamilie oder der Ihres Partners, also bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern, aufgetreten?**

☞ **Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!**







- 1. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten .....
- 2. Andere Fehlbildungen .....
- 3. Diabetes (Zuckerkrankheit) .....
- 4. Hypertonie (Bluthochdruck).....
- 5. Mukoviszidose.....
- 6. Schilddrüsenerkrankungen .....
- 7. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen ..
- 8. Chromosomenveränderungen (Trisomien) .....
- 9. Krebserkrankungen.....
- 10. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit.....
- 11. Zystenniere.....
- 12. Fehlgeburten .....
- 13. Frühgeburten .....
- Andere Krankheiten (*bitte angeben*): .....
- 
- Keine** dieser Krankheiten in den Herkunftsfamilien .....
- Weiß nicht.....



|            |   |
|------------|---|
| <p>52.</p> | <p><b>Haben Sie in den letzten 12 Monaten Blut gespendet?</b></p> <p>Ja .....1 <input type="checkbox"/> <br/> ▼</p> <p>Nein.....2 <input type="checkbox"/> ► <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 5px;">Weiter mit Frage 54</span></p> <p><b>Wie häufig war das in den letzten 12 Monaten?</b></p> <p>Insgesamt..... <input type="text"/> <input type="text"/> Mal</p> <p><b>Vor wie vielen Monaten war die letzte Blutspende?</b></p> <p>Vor..... <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten</p>   |
| <p>53.</p> | <p><b>Haben Sie danach ein Eisenpräparat verwendet?</b></p> <p>Ja .....1 <input type="checkbox"/> <br/> ▼</p> <p>Nein.....2 <input type="checkbox"/> ► <span style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 2px 5px;">Weiter mit Frage 54</span></p> <p><b>Welches Präparat und in welcher Dosierung (z. B. 2 x täglich)?</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 25px; width: 100%;"></div> <p><b>Wie viele Tage haben Sie das Präparat ungefähr verwendet?</b></p> <p>Ungefähr ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>  |
| <p>54.</p> | <p><b>Vor wie viel Wochen hatten Sie Ihre letzte Regelblutung?</b></p> <p>Vor..... <input type="text"/> <input type="text"/> Wochen</p>   |
| <p>55.</p> | <p><b>Der Abstand zwischen zwei Regelblutungen (Zyklusdauer) beträgt etwa 28 Tage. Ist bzw. war der Abstand zwischen den Regelblutungen im Allgemeinen bei Ihnen regelmäßig oder unregelmäßig?</b></p> <p>Regelmäßig.....1 <input type="checkbox"/> zwischen <input type="text"/> <input type="text"/> Tagen und <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tagen</p> <p>Unregelmäßig.....1 <input type="checkbox"/> ► der kleinste Abstand betrug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p> <p>der größte Abstand betrug <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p> |
| <p>56.</p> | <p><b>Wie war beim Eintritt der letzten Regelblutung die Blutungsstärke?</b></p> <p>Leicht..... <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Mittel..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Stark..... <input type="checkbox"/> 3</p>   |
| <p>57.</p> | <p><b>Wie viele Tage dauerte die letzte Regelblutung? .....</b> <input type="text"/> <input type="text"/> Tage</p>  |

58. Tampons und Binden unterscheiden sich nach der Saugstärke, die auf der Packung mit Tröpfchen (1-6) gekennzeichnet sind.

Welche Tampons- bzw. Bindentypen verwenden Sie zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Regelblutung und wie häufig wechseln Sie diese jeweils pro Tag?

|   | Regelblutung zu Beginn     |                          | Regelblutung in der Mitte  |                          | Regelblutung am Ende       |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
|   | Verwende Typ               | Wechsel pro Tag          | Verwende Typ               | Wechsel pro Tag          | Verwende Typ               | Wechsel pro Tag          |
|  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="text"/> Mal |
|  | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="text"/> Mal |
|  | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="text"/> Mal |
|  | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="text"/> Mal |
|  | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="text"/> Mal |
|  | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="text"/> Mal | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="text"/> Mal |

59. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unfälle, Verletzungen oder Operationen, die zu Blutverlusten führten?

- Nein..... 1
- Ja, kleiner Blutverlust ..... 2
- Ja, mittlerer Blutverlust ..... 3
- Ja, starker Blutverlust ..... 4

*Die Fragen 60-65 richten sich nur an Schwangere:*

60. Welche der folgenden Aussagen trifft für Ihre derzeitige Schwangerschaft (eher) zu und welche trifft (eher) nicht zu?

- |  | Trifft (eher) zu         | Trifft (eher) nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | 1                        | 2                        |
| 1. Ich hatte die feste Absicht, schwanger zu werden.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ich freue mich auf das Kind .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Mein Partner hat (etwas) Probleme damit.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ich habe (etwas) Probleme damit.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |
| 5. Meine Familie hat (etwas) Probleme damit.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ich mache mir manchmal deshalb finanzielle Sorgen .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Meine Belastung wird durch das Kind noch zunehmen.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ich mache mir Sorgen wegen meiner beruflichen Entwicklung....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |
| 9. Ich habe manchmal Sorge, kein gesundes Kind zu gebären .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Ich sehe mit Optimismus in die Zukunft .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Ich kann über alle Probleme mit jemandem sprechen .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ich erhalte viel emotionale Unterstützung .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -----  |                          |                          |
| 13. Ich fühlte mich in den letzten 4 Wochen häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Ich hatte in den letzten 4 Wochen deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die ich sonst gerne tue..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Ich habe häufig Angst vor dem, was auf mich zukommt .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



### Allergierisiko des Kindes

**67a** Haben oder hatten Sie oder der Vater des Kindes jemals ein juckendes Ekzem bei Hautkontakt mit bestimmten Materialien oder nach der Einnahme von Medikamenten?

|                           | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 1                        | 2                        | 9                        |
| Ich selbst .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Vater des Kindes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67b** Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes an einer Neurodermitis (auch endogenes Ekzem oder atopische Dermatitis genannt)?

|                           | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 1                        | 2                        | 9                        |
| Ich selbst .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Vater des Kindes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67c** Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes regelmäßig im Frühjahr oder Sommer an einer juckenden, verstopften oder laufenden Nase und/oder an geschwellenen, juckenden Augen, ohne erkältet zu sein (Heuschnupfen oder allergische Bindehautentzündung)?

|                           | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 1                        | 2                        | 9                        |
| Ich selbst .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Vater des Kindes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**67d** Leiden oder litten Sie oder der Vater des Kindes an allergischem Asthma (Brochialasthma)?

|                           | Ja                       | Nein                     | Weiß nicht               |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                           | 1                        | 2                        | 9                        |
| Ich selbst .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Vater des Kindes..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Allgemeine statistische Angaben

**68.** Und nun bitte noch einige statistische Angaben: In welcher Krankenkasse sind Sie versichert? Bitte geben Sie zunächst die Kassenart an und nennen Sie die genaue Bezeichnung Ihrer Krankenkasse.

*☞ Also z. B. nicht nur "AOK" ankreuzen, sondern zusätzlich z. B. angeben: "AOK-Bayern". Oder nicht nur "Betriebskrankenkasse" ankreuzen, sondern zusätzlich z. B. angeben: "BKK Mobil Oil"*

|                                    |                          |   |                      |
|------------------------------------|--------------------------|---|----------------------|
| AOK.....1                          | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |
| Betriebskrankenkasse (BKK) .....2  | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |
| Innungskrankenkasse (IKK) .....3   | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |
| Ersatzkasse.....5                  | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |
| Private Krankenversicherung .....6 | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |
| Sonstige Krankenkasse .....7       | <input type="checkbox"/> | ▶ | <input type="text"/> |

**69.** Wie alt sind Sie?

|                      |                      |       |
|----------------------|----------------------|-------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Jahre |
|----------------------|----------------------|-------|

**70.** Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?      Deutsch.....  1      Andere.....  2

|  |  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|--|--|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 71a  | Wie viel Kilogramm wiegen Sie <u>derzeit</u> ohne Bekleidung?  | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Kilogramm  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 71b  | Wie viel Kilogramm haben Sie <u>vor der Schwangerschaft</u> gewogen?   | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Kilogramm  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 71c  | Wie groß sind Sie in Zentimetern?  | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Zentimeter   |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 71d  | Wie viel Kilogramm wiegt der <u>Vater</u> des Kindes?  | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Kilogramm  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 71e  | Wie groß ist der <u>Vater</u> des Kindes in Zentimetern?   | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Zentimeter   |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 73.  | Ihr Familienstand:   | Verheiratet, mit Ehepartner zusammen lebend ... <input type="checkbox"/> 1<br>Verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend ..... <input type="checkbox"/> 2<br>Ledig, mit Partner zusammenlebend..... <input type="checkbox"/> 3<br>Ledig, allein lebend ..... <input type="checkbox"/> 4<br>Geschieden ..... <input type="checkbox"/> 5<br>Verwitwet ..... <input type="checkbox"/> 6  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 74.  | Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt?  | <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>  | Personen   |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 75.  | Auf welche Fragen zur Schwangerschaft und Geburt haben Sie bisher (auch im Handbuch des BabyCare-Programms) keine ausreichende Antwort bekommen?<br>Bitte geben Sie uns diese hier an: | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 76.  | Bitte geben Sie abschließend unserem BabyCare-Programm noch eine Schulnote:  | <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Sehr<br/>gut</td> <td style="text-align: center;">Gut</td> <td style="text-align: center;">Befrie-<br/>digend</td> <td style="text-align: center;">Aus-<br/>reichend</td> <td style="text-align: center;">Mangel-<br/>haft</td> <td style="text-align: center;">Un-<br/>genügend</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>                                   |  | Sehr<br>gut  | Gut   | Befrie-<br>digend   | Aus-<br>reichend  | Mangel-<br>haft   | Un-<br>genügend  | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sehr<br>gut  | Gut  | Befrie-<br>digend  | Aus-<br>reichend   | Mangel-<br>haft  | Un-<br>genügend                                 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                        |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 77.  | Wo bzw. wie sind Sie auf das Programm BabyCare aufmerksam geworden?<br><br>☞ <b>Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!</b>  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1</td> <td style="width: 50%;">In der Apotheke..... <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift ..... <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Durch meinen Arbeitgeber ..... <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Durch Partner / Ehepartner ..... <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Durch meine Krankenkasse..... <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Durch persönliche Empfehlung eines Arztes / einer Praxismitarbeiterin ..... <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Durch frühere Schwangerschaft bereits bekannt ..... <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Durch Freunde / Familienangehörige / Bekannte / Kollegen .. <input type="checkbox"/> 1</td> <td>Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>Eigenrecherche / im Internet / durch eine App ..... <input type="checkbox"/> 1</td> <td></td> </tr> </table> |  | Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1 | In der Apotheke..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch meinen Arbeitgeber ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch Partner / Ehepartner ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch meine Krankenkasse..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch persönliche Empfehlung eines Arztes / einer Praxismitarbeiterin ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch frühere Schwangerschaft bereits bekannt ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch Freunde / Familienangehörige / Bekannte / Kollegen .. <input type="checkbox"/> 1 | Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> 1 | Eigenrecherche / im Internet / durch eine App ..... <input type="checkbox"/> 1 |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis..... <input type="checkbox"/> 1                           | In der Apotheke..... <input type="checkbox"/> 1  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Durch Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift ..... <input type="checkbox"/> 1                          | Durch meinen Arbeitgeber ..... <input type="checkbox"/> 1  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Durch Partner / Ehepartner ..... <input type="checkbox"/> 1  | Durch meine Krankenkasse..... <input type="checkbox"/> 1   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Durch persönliche Empfehlung eines Arztes / einer Praxismitarbeiterin ..... <input type="checkbox"/> 1 | Durch frühere Schwangerschaft bereits bekannt ..... <input type="checkbox"/> 1   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Durch Freunde / Familienangehörige / Bekannte / Kollegen .. <input type="checkbox"/> 1                 | Sonstiges ..... <input type="checkbox"/> 1   |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| Eigenrecherche / im Internet / durch eine App ..... <input type="checkbox"/> 1                         |  |  |  |  |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| 78.  | Datum des Ausfülltages:  | Tag: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>   | Monat: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> | Jahr: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>                |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |                          |

## Ernährungsanalyse

**79.** Bitte füllen Sie das nachfolgende Schema sorgfältig für 7 Tage aus, wenn Sie an der zusätzlichen Ernährungsanalyse interessiert sind. Wenn Ihnen das zu viel Mühe macht, überspringen Sie diese Frage und **füllen bitte noch die vorletzte Seite des Fragebogens aus, damit wir Ihnen Ihre Auswertung zuschicken können.**

**So ernähre ich mich**

Bei unvollständigen Angaben kann die Ernährungsanalyse nicht durchgeführt werden. Notieren Sie also bitte alles, was Sie verzehren, z. B. auch Nüsse, Bonbons o. Ä. zwischendurch oder beim Fernsehen.  
In der zweiten Spalte ist für die einzelnen Nahrungsmittel zunächst die normale, übliche Portionsmenge angegeben. Wenn Sie genau diese Menge zu sich nehmen, machen Sie einen Strich, bei der doppelten Menge also zwei Striche usw. Am Ende der 7 Tage zählen Sie die Striche pro Lebensmittel zusammen und tragen diese Zahl in die Spaltenspalte ein (z. B. 14)

**So ernähre ich mich:**

| Nahrungsmittel                              | Kücheneinheit bzw. Portionsmenge | Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag |        |        |        |        |        |        | Summe (7 Tage) |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
|   |                                  | 1. Tag                           | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | 6. Tag | 7. Tag |                |
| <b>BROT</b>                                 |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Graubrot                                    | Scheibe = 45 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Weißbrot, Toast                             | Scheibe = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| ½ Brötchen                                  | Stück = 25 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| ½ Vollkornbrötchen                          | Stück = 30 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Vollkornbrot                                | Scheibe = 50 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Laugengebäck                                | Stück = 50 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Croissant aus Blätterteig                   | Stück = 70 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Knäcke, Zwieback                            | Scheibe = 10 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>BROTBELAG / EIER</b>                     |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Butter                                      | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Margarine                                   | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Margarine, halbfett                         | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Wurst (Salami, Mettwurst, Leberwurst)       | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fettarme Wurst (Corned Beef, Geflügelwurst) | Portion = 25 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sojaaufschnitt                              | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Vegetarische Pasten                         | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Frischkäse                                  | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Käse unter 20 % Fett i.Tr.                  | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Käse 20 bis 40 % Fett i.Tr.                 | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Käse über 40 % Fett i.Tr.                   | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Marmelade, Gelee                            | Portion = 25 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Honig                                       | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Nussnougatcreme                             | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Magerquark                                  | Esslöffel = 30 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Speisequark                                 | Esslöffel = 30 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Eier  | Stück = 60 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>CEREALIEN (MÜSLI ETC.)</b>               |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Haferflocken, trocken                       | Tasse = 60 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |

*Fortsetzung nächste Seite*

| Nahrungsmittel                         | Kücheneinheit bzw. Portionsmenge | Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag |        |        |        |        |        |        | Summe (7 Tage) |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
|  |                                  | 1. Tag                           | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | 6. Tag | 7. Tag |                |
| Müsli, trocken                         | Tasse = 50 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Cornflakes, trocken                    | Tasse = 30 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Frühstückscerealien                    | Tasse = 30 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sonnenblumen-, Kürbiskerne             | Esslöffel = 20 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>KAFFEE / MILCH / JOGHURT</b>        |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kaffee                                 | Tasse = 150 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Schwarzer oder Grüner Tee              | Tasse = 125 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Früchtetee, Kräutertee, Aromatee       | Becher = 200 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Dosenmilch                             | Teelöffel = 5 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Zucker                                 | Teelöffel = 5 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kakao                                  | Tasse = 150 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Trinkmilch 3,5 % Fett                  | Glas = 150 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Trinkmilch 1,5 % Fett                  | Glas = 150 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Buttermilch                            | Tasse = 150 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sojamilch                              | Tasse = 150 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Tofu                                   | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Joghurt 3,5 % Fett                     | Kleiner Becher = 150 g           |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Joghurt 1,5 % Fett                     | Kleiner Becher = 150 g           |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Joghurt mit Früchten 3,5 % Fett        | Kleiner Becher = 150 g           |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Joghurt mit Früchten 1,5 % Fett        | Kleiner Becher = 150 g           |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>FLEISCH</b>                         |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kotelett, Schnitzel                    | Portion = 180 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Steak, Schnitzel natur                 | Portion = 160 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Putenschnitzel                         | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Braten                                 | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gulasch, Ragout                        | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bratwurst                              | Stück = 100 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen | Stück = 100 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fleisch-, Kochwurst                    | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Frikadelle, Klops                      | Stück = 200 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Hähnchenfleisch                        | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Leber, Herz, Niere                     | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Mett, Gehacktes                        | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Speck, Bauchfleisch                    | Scheibe = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>KARTOFFELN / BEILAGEN</b>           |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kartoffeln                             | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kartoffelpüree                         | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Klöße, Knödel                          | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bratkartoffeln                         | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |

Fortsetzung nächste Seite

| Nahrungsmittel                           | Kücheneinheit bzw. Portionsmenge | Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag |        |        |        |        |        |        | Summe (7 Tage) |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
|  |                                  | 1. Tag                           | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | 6. Tag | 7. Tag |                |
| Pommes frites                            | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kartoffelpuffer                          | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Reis, gekocht                            | Portion = 180 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Naturreis, gekocht                       | Portion = 180 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Weizen-, Roggen-, Gerste-Vollkorn        | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Nudeln, gekocht                          | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Vollkornnudeln, gekocht                  | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Soße                                     | Portion = 60 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Tomatenketchup                           | Esslöffel = 20 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Hackfleischsoße                          | Portion = 75 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>GERICHTE</b>                          |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Pizza                                    | Stück = 300 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Vegetarische Pizza                       | Stück = 250 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Pfannkuchen, Eierkuchen, Crêpe           | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Spaghetti in Tomatensoße                 | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fladenbrot mit Kalb-/Rindfleisch (Döner) | Stück = 350 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gemüse-Lasagne                           | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Ratatouille                              | Portion = 350 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Frühlingsrolle                           | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>GEMÜSE / SALAT</b>                    |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Rotkohl, Weißkohl, Sauerkraut, Wirsing   | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Spinat, Mangold                          | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Rote Rübe (Rote Beete) gegart            | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Blumenkohl, Broccoli                     | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kohlrabi, Rosenkohl                      | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kürbis frisch gegart                     | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fenchel, Spargel, Porree                 | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Möhren, Schwarzwurzeln                   | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bohnen, Erbsen grün                      | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Aubergine                                | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Avocado                                  | Stück = 125 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Pilze gegart                             | Portion = 120 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gurke, Paprika, Tomate                   | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gewürzgurken Sauerkonserve, abgetropft   | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Mais aus Konserve                        | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Zwiebeln                                 | Portion = 30 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Oliven                                   | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Endivien-, Eisberg-, Feld-, Kopfsalat    | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sojasprossen                             | Portion = 12 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |

Fortsetzung nächste Seite



| Nahrungsmittel                        | Kücheneinheit bzw. Portionsmenge | Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag |        |        |        |        |        |        | Summe (7 Tage) |
|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
|                                       |                                  | 1. Tag                           | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | 6. Tag | 7. Tag |                |
| Rohkostsalat ohne Dressing            | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Blattsalat mit Dressing               | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Küchenkräuter frisch                  | Teelöffel = 1 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Nudelsalat mit Mayonnaise             | Portion = 350 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kartoffelsalat                        | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fleischsalat                          | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>SUPPEN / EINTÖPFE</b>              |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Klare Suppe                           | Teller = 300 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gebundene Suppe                       | Teller = 350 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Suppen-Eintopf                        | Teller = 450 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gemüse-Eintopf                        | Teller = 450 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Linsen-, Erbseneintopf                | Teller = 400 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>FISCH</b>                          |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fisch, gekocht                        | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fisch, gebraten                       | Portion = 200 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fischstäbchen                         | Portion = 150 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fischkonserve                         | Dose = 180 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fisch, geräuchert                     | Portion = 70 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Rollmops, Matjes                      | Stück = 90 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Krustentiere                          | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>GETRÄNKE</b>                       |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Fruchtsaft                            | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Multivitaminsaft                      | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Apfelsaftschorle                      | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Limonade, Cola                        | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Diätlimonaden                         | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Mineralwasser                         | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Trinkwasser                           | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gemüsesaft                            | Glas = 200 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bier alkoholfrei                      | Glas = 330 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Radler/Alster, Light Bier, Alkoholarm | Glas = 300 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bier                                  | Glas = 330 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Wein, Sekt                            | Kleines Glas = 125 g             |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Spirituosen (Weinbrände, Schnäpse)    | Schnapsglas = 20 g               |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Liköre                                | Schnapsglas = 20 g               |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>OBST</b>                           |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Apfel                                 | Stück = 125 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Apfelsine                             | Stück = 125 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Ananas                                | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |

| Nahrungsmittel                           | Kücheneinheit bzw. Portionsmenge | Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag |        |        |        |        |        |        | Summe (7 Tage) |
|--|----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------------|
|  |                                  | 1. Tag                           | 2. Tag | 3. Tag | 4. Tag | 5. Tag | 6. Tag | 7. Tag |                |
| Birne                                    | Stück = 120 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Banane                                   | Stück = 125 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Melone                                   | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Weintrauben                              | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Aprikosen, Pfirsiche, Kirschen, Pflaumen | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren      | Portion = 100 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Mandarine, Clementine                    | Portion = 125 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kiwi                                     | Stück = 45 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>KUCHEN / DESSERT</b>                  |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Obstkuchen                               | Stück = 150 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Dresdner Stollen aus Hefeteig            | Stück = 100 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Nürnberger Lebkuchen                     | 1/2 Stück = 40 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Trockenkuchen                            | Stück = 70 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Stückchen, Teilchen                      | Stück = 50 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sahne-, Cremetorte                       | Stück = 120 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Schlagsahne                              | Esslöffel = 25 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Eis                                      | Portion = 75 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Milchreis                                | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Pudding                                  | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kompott, Apfelmus                        | Portion = 250 g                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>SÜSSWAREN / SNACKS</b>                |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Bonbon                                   | Stück = 5 g                      |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Gummibärchen/Weingummi                   | Esslöffel = 15 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Kekse                                    | Stück = 5 g                      |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Schokolade                               | Portion = 20 g                   |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)          | Stück = 60 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Müsliriegel                              | Stück = 25 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Pralinen                                 | Stück = 12 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Nüsse                                    | Esslöffel = 25 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Salzige Knabbereien                      | Tasse = 25 g                     |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| <b>ÖLE / SALZ</b>                        |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sonnenblumenöl, Distelöl                 | Esslöffel = 10 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sojaöl, Erdnussöl                        | Esslöffel = 10 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Olivener Öl, Rapsöl                      | Esslöffel = 10 g                 |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Jodiertes Salz                           | Prise = 0,5 g                    |                                  |        |        |        |        |        |        |                |
| Sonstiges (bitte angeben):               |                                  |                                  |        |        |        |        |        |        |                |

## Dieses Blatt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt!

### Anschrift zur Einsendung des Fragebogens:

FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH, Projektgruppe BabyCare, Postfach 652111, 13316 Berlin

### Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an folgende Adresse: \*

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

### Alternativ: Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an meine E-Mail Adresse: \*

Name:

E-Mail Adresse:

### Bitte geben Sie noch Ihr genaues Geburtsdatum an. Diese Angabe benötigen wir für unser Projektmanagement und die Abrechnung mit den Krankenkassen.

Geburtsdatum:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

Tag      Monat      Jahr

### Hiermit erkläre ich freiwillig mein Einverständnis, dass mein(e) betreuende(er) Ärztin/Arzt:

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

|                      |                      |                      |                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

dem Forschungsinstitut über mein Geburtsergebnis Auskunft geben darf. Dieses wird benötigt, um den Erfolg des Programms BabyCare bewerten zu können.

(Ich kann diese Zustimmung jederzeit für die Zukunft unter [team@fb-e.de](mailto:team@fb-e.de) oder telefonisch unter 030/450 5780 32 widerrufen.)

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

### Ich bin damit einverstanden, dass für eine mögliche Folgebefragung

(z. B. zum Stillen oder zur Entwicklung des Kindes) meine Adresse gespeichert wird.

(Ich kann diese Zustimmung jederzeit für die Zukunft unter [team@fb-e.de](mailto:team@fb-e.de) oder telefonisch unter 030 / 450 5780 32 widerrufen.)

Ja..... 1

Nein..... 2

▶ Dann wird Ihre Adresse ca. 3 Monate nach dem voraussichtlichen Geburtstermin gelöscht!

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift

\* Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und/oder die Ergebnisse an eine dritte Person/ein Postfach schicken lassen.

## Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben beim BabyCare-Fragebogen

Ihre personenbezogenen Daten werden auf der Basis der geltenden Datenschutzgesetze, insbesondere der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sowie dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), zweckgebunden für die von Ihnen angeforderte Auswertung Ihrer Fragebogenangaben erhoben und verarbeitet. Wir geben Ihre Daten nur weiter, soweit ein Gesetz dies vorschreibt oder wir Ihre Einwilligung eingeholt haben. Die personenbezogenen Daten sind für die Zusendung Ihres Auswertungsschreibens erforderlich.

Nach Zusendung dieses Auswertungsschreibens werden ihre Fragebogenangaben anonymisiert (d.h. Sie sind nicht identifizierbar) für wissenschaftliche Analysen verwendet. Dieser Nutzung können Sie jederzeit schriftlich widersprechen. Die Zustimmung zur Auskunft durch Ihre Frauenärztin/ Ihren Frauenarzt und zur Folgebefragung können Sie ebenfalls jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Unsere Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 und Art. 14 der EU Datenschutzgrundverordnung können Sie auf unserer Internet-Seite unter [www.baby-care.de/datenschutz.html](http://www.baby-care.de/datenschutz.html) einsehen oder unter der Telefonnummer 030/450 5780 32 beziehungsweise über [team@baby-care.de](mailto:team@baby-care.de) anfordern.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und/oder die Ergebnisse an eine dritte Person oder ein Postfach schicken lassen.

Bei FBE sind Name und Anschrift stets vom Fragebogen getrennt. Beide Teile erhalten eine Codenummer.

Name und Anschrift werden von FBE in der Versandabteilung und dem beauftragten Versandunternehmen gesichert, um Ihnen die persönlichen Empfehlungen auch zusenden zu können. Dabei wird der Antwortbrief verschlossen und nur über die Codenummer an Sie adressiert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden ausschließlich in anonymisierter Form und in Gruppen zusammengefasst dargestellt. Niemand kann also aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen.

Der ausgefüllte Fragebogen wird ohne die Umschlagseiten, die sofort abgetrennt werden, d. h. also ohne Namen und Anschrift zur wissenschaftlichen Auswertung an die Datenverarbeitungsabteilung gegeben. Deren Mitarbeiter sehen also nicht, von wem die Angaben stammen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen (Rückfragen der Schwangeren) werden die Adressdaten durch eine besonders autorisierte Mitarbeiterin mit den Fragebogendaten zusammengeführt, um die Rückfrage zu beantworten.

Damit ist eine größtmögliche Trennung der Fragebogendaten und der Adressdaten umgesetzt.

Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz werden regelmäßig vom betrieblichen Datenschutzbeauftragten geprüft.

**Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung und für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit**

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sind verantwortlich



**Stephan-Nicolas Kirschner**  
Geschäftsführer  
FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH



**Günter Harke**  
Datenschutzbeauftragter  
[datenschutz@fbe.gmbh](mailto:datenschutz@fbe.gmbh)