

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Interviewer-ID: \_\_\_\_\_

# ***Fragebogen***

## ***zu Gesundheit und medizinischer Versorgung***

***Herzlichen Dank, dass Sie an dieser Befragung teilnehmen!***

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Interviewer-ID: \_\_\_\_\_

## **Diabetes, andere Erkrankungen und gesundheitliche Probleme**

### **1. Welchen Diabetes-Typ haben Sie?**

Typ-1

Typ-2 („Altersdiabetes“)

Anderer

und zwar: \_\_\_\_\_

weiß ich nicht

### **2. Wann wurde der Diabetes bei Ihnen diagnostiziert?**

vor \_\_\_\_\_ Jahren oder Jahresangabe: \_\_\_\_\_

vor \_\_\_\_\_ Monaten (wenn Diagnose weniger als 1 Jahr zurückliegt)

weiß ich nicht

### **3. Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Auflistung verschiedener Erkrankungen. Bitte geben Sie an, welche dieser Erkrankungen Sie haben bzw. in den letzten 12 Monaten hatten. Gemeint sind Erkrankungen, die Ihre Ärztin/ Ihr Arzt bei Ihnen festgestellt hat.**

Falls Sie in der ersten Spalte „Nein“ ankreuzen, fahren Sie bitte direkt mit der nächsten Erkrankung in der darunterliegenden Zeile fort. Falls Sie „Ja“ ankreuzen, geben Sie bitte an, ob Sie sich aufgrund dieser Erkrankung in (ärztlicher) Behandlung befinden und ob diese Erkrankung Sie in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit) beeinträchtigt. Am Ende der Liste haben Sie die Möglichkeit, weitere Erkrankungen zu ergänzen, die bislang nicht aufgeführt wurden.

<b>Erkrankung</b>	<b>Ist die Erkrankung von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt festgestellt worden?</b>	<b>Befinden Sie sich deshalb in (ärztlicher) Behandlung?</b>	<b>Wie stark beeinträchtigt Sie diese Erkrankung in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit)?</b>
Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Periphere arterielle Verschlusskrankheit („Schaufensterkrankheit“: Schmerzen in den Beinen oder Waden beim Gehen, weshalb Sie stehen bleiben müssen, damit der Schmerz nachlässt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
TIA (vorübergehende Durchblutungsstörung des Gehirns mit schlaganfallähnlichen Symptomen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Erkrankungen der Augen (z.B. Schäden am Augenhintergrund, Katarakt)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Erkrankungen der Nerven an den Beinen bzw. Füßen (z.B. Brennen, Kribbeln oder Taubheitsgefühl)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

<b>Erkrankung</b>	<b>Ist die Erkrankung von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt festgestellt worden?</b>	<b>Befinden Sie sich deshalb in (ärztlicher) Behandlung?</b>	<b>Wie stark beeinträchtigt Sie diese Erkrankung in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit)?</b>
Entzündungen, Geschwüre oder Wunden an den Füßen, die schlecht heilen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Amputation an Füßen/ Beinen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Erkrankungen der Niere (z.B. Eiweißausscheidung im Urin)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Dialysepflichtigkeit (Blutwäsche)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Krebserkrankung (bösartiger Tumor)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Gicht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Chronische (andauernde) Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung (z.B. Arthritis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Sonstige Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür oder chronische Magenschleimhautentzündung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Entzündliche Darmerkrankung (z.B. Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Sonstige Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

<b>Erkrankung</b>	<b>Ist die Erkrankung von Ihrer Ärztin/ Ihrem Arzt festgestellt worden?</b>	<b>Befinden Sie sich deshalb in (ärztlicher) Behandlung?</b>	<b>Wie stark beeinträchtigt Sie diese Erkrankung in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit)?</b>
Gallensteine	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Häufige Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Chronische Leberentzündung (Hepatitis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Allergie(n), Heuschnupfen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Chronische Bronchitis oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Blutarmut (Anämie)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Chronische Hautkrankheiten (z.B. Neurodermitis, Schuppenflechte/ Psoriasis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Migräne	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Parkinson-Krankheit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Depression	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Sonstige Erkrankung, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Sonstige Erkrankung, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**4. Möglicherweise haben Sie neben den oben genannten Erkrankungen weitere Beschwerden oder gesundheitliche Probleme. Bitte markieren Sie in der folgenden Auflistung, welche der genannten Beschwerden oder gesundheitlichen Probleme Sie haben bzw. in den letzten 12 Monaten hatten.**

Falls Sie in der ersten Spalte „Nein“ ankreuzen, fahren Sie bitte direkt mit dem nächsten gesundheitlichen Problem in der darunterliegenden Zeile fort. Falls Sie „Ja“ ankreuzen, geben Sie bitte an, ob Sie sich aufgrund dieses Problems in (ärztlicher) Behandlung befinden und ob dieses Problem Sie in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit) beeinträchtigt. Sie haben zusätzlich die Möglichkeit, weitere Beschwerden zu ergänzen, die bislang nicht aufgeführt wurden.

<b>Gesundheitliches Problem</b>	<b>Haben Sie dieses gesundheitliche Problem?</b>	<b>Befinden Sie sich deshalb in (ärztlicher) Behandlung?</b>	<b>Wie stark beeinträchtigt Sie dieses gesundheitliche Problem in der Ausübung Ihrer täglichen Aktivitäten (Arbeit bzw. Freizeit)?</b>
Magen-Darm Probleme (z.B. häufige Bauchschmerzen, Verdauungsstörung)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Herz- oder Brustschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Chronischer (lang andauernder) Husten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Schwierigkeiten beim Atmen, Atemnot	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Schlafstörung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark
Sonstige Schmerzen oder Beschwerden, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Ein wenig <input type="checkbox"/> Mittelmäßig <input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Sehr stark

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

5. Sind Sie in den letzten 12 Monaten operiert worden? Gemeint ist z.B. die Entfernung der Gallenblase, der Einsatz eines künstlichen Hüftgelenks, eine Operation am Herzen, oder eine gynäkologische Operation.

Nein       Ja

Falls „ja“ beschreiben Sie bitte kurz, welche Operationen durchgeführt wurden:

---

---

---

6. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Verletzung erlitten, die durch einen Unfall zuhause oder im Umfeld Ihres Hauses, durch sportliche Aktivität, durch einen Arbeitsunfall oder im Straßenverkehr verursacht wurde?

Nein       Ja

falls „Ja“

→ Mussten Sie deshalb ärztlich behandelt werden?       Ja       Nein

→ Hatten Sie einen Knochenbruch?       Ja       Nein

7. Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt anerkannt ist?

Nein       Ja

falls „Ja“

→ Welchen Grad der Schwerbehinderung haben Sie? \_\_\_\_\_%

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Allgemeine medizinische Versorgung**

**8. Waren Sie in den letzten 6 Monaten bei den folgenden Ärzten? Gemeint sind AMBULANTE Kontakte zu den Ärzten oder deren Praxispersonal (ausgenommen Behandlungen im Krankenhaus). Bitte berücksichtigen Sie hier auch die Praxisbesuche zur Abholung von Rezepten oder Überweisungen und zur Krankschreibung!**

Fachrichtung des Arztes	In Anspruch genommen	Anzahl der Kontakte <u>in den letzten 6 Monaten</u>
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Internist (falls nicht Ihr Hausarzt)*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Diabetologe (falls nicht Ihr Hausarzt)*	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Kardiologe (Arzt für Herzkrankheiten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Nephrologe (Arzt für Nierenkrankheiten)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Urologe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Gynäkologe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Orthopäde	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Gefäßchirurg	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Radiologe (Röntgenarzt)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Hals-Nasen-Ohrenarzt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Augenarzt	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Dermatologe (Hautarzt)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Neurologe	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Arzt für Psychosomatik (keine Psychotherapie)**	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Psychiater (keine Psychotherapie)**	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Sonstiger Arzt ( <i>bitte benennen</i> ):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal
Sonstiger Arzt ( <i>bitte benennen</i> ):	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____ mal

\*Falls Ihr Diabetologe bzw. Ihr Internist zugleich ihr Hausarzt ist, machen Sie bitte entsprechende Angaben nur einmal.

\*\*Bitte nur Kontakte angeben, die einen anderen Anlass als eine Psychotherapie hatten. Psychotherapie wird unten erfragt.



Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**9. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Hausbesuch bestellen müssen?**

Ja, nämlich \_\_\_\_\_ mal                       Nein

**10. Wurden Sie in den letzten 6 Monaten in einem Krankenhaus AMBULANT behandelt (ausgenommen Notfallbehandlungen und Übernachtungen im Krankenhaus)?**

Ja, nämlich \_\_\_\_\_ mal                       Nein

**Falls „ja“ beschreiben Sie bitte kurz, was dort gemacht wurde:**

---

---

---

**11. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Krankenhaus-Ambulanz oder ärztlichen Notdienst/Notarzt o.ä. wegen eines Notfalls aufgesucht (ausgenommen Übernachtungen im Krankenhaus)?**

Ja, nämlich \_\_\_\_\_ mal                       Nein

**Falls „ja“ beschreiben Sie bitte kurz, was gemacht wurde:**

---

---

---

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**12. Bitte schätzen Sie, wie viel Zeit Sie für Ihre ambulanten Arztbesuche in den letzten 6 Monaten aufgewendet haben. Gemeint ist die Gesamtzeit für alle Ihre Arztbesuche in den letzten 6 Monaten. Machen Sie bitte entsprechende Angaben in Minuten oder Stunden.**

	An- und Abfahrtzeit	Wartezeit	Behandlungszeit
Hausarzt	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Internist (wenn nicht Ihr Hausarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Diabetologe (wenn nicht Ihr Hausarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Kardiologe (Herzarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Nephrologe (Nierenarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Urologe	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Gynäkologe	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Orthopäde	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Gefäßchirurg	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Radiologe (Röntgenarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Hals-Nasen-Ohrenarzt	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Augenarzt	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Dermatologe (Hautarzt)	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Neurologe	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Arzt für Psychosomatik	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Psychiater	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Sonstiger Arzt:	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Sonstiger Arzt:	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Ambulante Behandlung im Krankenhaus	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h
Notfallbehandlungen	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h	__  Min. bzw.  __  h

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**13. Wurden bei Ihnen die folgenden medizinischen Spezialuntersuchungen in den letzten 6 Monaten AMBULANT durchgeführt? Bitte alles Zutreffende ankreuzen!**

Nein

Ja, nämlich:

<b>Untersuchung</b>	<b>Ja</b>	<b>Wie oft:</b>	<b>Was wurde untersucht:</b>
Sonographie (Ultraschalluntersuchung)	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Röntgen	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Spiegelung von Magen oder Darm	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Kernspintomographie (MRT)	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
EKG	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Sonstiges ( <i>bitte kurz beschreiben</i> ):	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Sonstiges ( <i>bitte kurz beschreiben</i> ):	<input type="checkbox"/>	_____ mal	
Sonstiges ( <i>bitte kurz beschreiben</i> ):	<input type="checkbox"/>	_____ mal	

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**14. Waren Sie in den letzten 6 Monaten in einem Krankenhaus zur STATIONÄREN Behandlung?**

Nein

Ja, nämlich:

<b>Name und Ort der Einrichtung</b>	<b>Abteilung</b>	<b>Aufnahmegrund bzw. Grund des Aufenthalts</b>	<b>Ist eine Operation durchgeführt worden?</b>	<b>Verweildauer</b>
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	___ Tage oder ___ Wochen
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	___ Tage oder ___ Wochen
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	___ Tage oder ___ Wochen
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	___ Tage oder ___ Wochen
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	___ Tage oder ___ Wochen

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**15. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Psychotherapeuten aufgesucht?**

Nein

Ja, nämlich:

Anzahl Kontakte	Selbstgetragene Kosten in €* (Gesamtsumme)	Gesamter Zeitaufwand in Minuten oder Stunden**
_____ mal	_____ €	___  Min. oder  ___  h

\* Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

\*\* Falls Sie den Zeitaufwand nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

**16. Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen Krankengymnasten, Heilpraktiker oder andere Therapeuten aufgesucht?**

Nein

Ja, nämlich:

Therapeut (Fachrichtung)	Anzahl der Kontakte	Leistungen (bitte kurz beschreiben)	Selbstgetragene Kosten in €* (Gesamtsumme)	Gesamter Zeitaufwand in Minuten oder Stunden**
Krankengymnast	_____ mal		_____ €	___  Min. oder  ___  h
Heilpraktiker	_____ mal		_____ €	___  Min. oder  ___  h
Sonstiger Therapeut (bitte benennen):	_____ mal		_____ €	___  Min. oder  ___  h
Sonstiger Therapeut (bitte benennen):	_____ mal		_____ €	___  Min. oder  ___  h

\* Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

\*\* Falls Sie den Zeitaufwand nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**17. Haben Sie in den letzten 6 Monaten an Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teilgenommen? Gemeint sind z.B. Kurse, Schulungen oder Beratungen, die sich mit Ernährung, Bewegung, Entspannung und Sport oder Fitness befassen.**

Nein

Ja, nämlich:

<b>Kurze Beschreibung</b>	<b>Selbstgetragene Kosten in €* (Gesamtsumme)</b>	<b>Gesamter Zeitaufwand in Minuten oder Stunden**</b>
	_____ €	__  Min. oder  __  h
	_____ €	__  Min. oder  __  h
	_____ €	__  Min. oder  __  h
	_____ €	__  Min. oder  __  h

\* Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

\*\* Falls Sie den Zeitaufwand nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

**18. Welche Art der Krankenversicherung haben Sie?**

gesetzlich

privat

gesetzlich mit privater Zusatzversicherung

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**19. Nehmen Sie an einem *Disease-Management-Programm (DMP)* teil? Gemeint sind spezielle Programme, die von den Krankenkassen für chronisch kranke Patienten über den Hausarzt/ behandelnden Arzt angeboten werden und in die Sie sich eintragen mussten.**

Ja, nämlich:

DMP für Diabetes

anderes DMP, bitte benennen: \_\_\_\_\_

Nein

Weiß ich nicht

### **Behandlung des Diabetes**

**20. Wie häufig messen Sie gegenwärtig Ihren Blutzucker?**

\_\_\_\_\_ mal pro Tag

\_\_\_\_\_ mal pro Woche

gar nicht

**21. Wie wird Ihr Diabetes gegenwärtig (d.h. in den letzten 2-4 Wochen) behandelt?**

***Mehrere Angaben sind möglich!***

Mit Diät oder Bewegung

Mit blutzuckersenkenden Tabletten

Mit Insulin

Sonstiges (z.B. mit Spritzen von Byetta oder Victoza): \_\_\_\_\_

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

*Bitte beantworten Sie die Fragen 22 bis 24 nur wenn Sie mit Insulin behandelt werden.*

**22. Wie häufig spritzen Sie pro Tag Insulin?**

In der Regel \_\_\_\_\_ mal pro Tag

**23. Spritzen Sie Insulin in vom Arzt fest vorgegebener täglicher Menge oder haben Sie mit dem Arzt eine „flexible Therapie“ vereinbart, d.h. Sie bestimmen die Einheiten pro Mahlzeit oder Tageszeit selbständig:**

Insulinmenge ist fest vorgegeben

Insulinmenge wird selbst nach Bedarf bestimmt

**24. Haben Sie die Art der Insulin-Zuführung in den letzten 6 Monaten gewechselt (z.B. Wechsel von Spritze zu Pen oder Pumpe)?**

Nein

Ja, und zwar von \_\_\_\_\_ auf \_\_\_\_\_ ungefähr seit \_\_\_\_\_

**Gesundheit, Beruf und Alltag**

**25. Wie waren Sie in den letzten 6 Monaten beruflich beschäftigt?**

Voll erwerbstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)

Teilzeitbeschäftigt

Arbeitslos

Erwerbsunfähig

Rentner(in), Pensionär(in), im Vorruhestand

Sonstige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**26. Waren Sie in den letzten 6 Monaten krankgeschrieben?**

Nein

Ja, für insgesamt \_\_\_\_\_ Tage



Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**27. Gab es in den letzten 4 Wochen Tage, an denen Sie so krank waren, dass Sie Ihren üblichen (Arbeits-)Tätigkeiten nicht nachgehen konnten? Bitte denken Sie an alle Tage, an denen Sie wegen Krankheit nicht zur Arbeit gehen konnten oder Ihren üblichen Tätigkeiten nicht nachgehen konnten, auch wenn Sie nicht ärztlich krankgeschrieben waren. Falls Sie die Zahl nicht wissen, schätzen Sie bitte möglichst genau!**

Nein

Ja, nämlich \_\_\_\_\_ Tage

**28. Haben Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in den letzten 4 Wochen Hilfe für Arbeiten in Anspruch nehmen müssen, die Sie üblicherweise selber erledigen (z.B. um den Haushalt oder Einkäufe zu erledigen)?**

Nein

Ja, nämlich:

Art der Hilfen	Gesamter Zeitaufwand in Stunden*	Selbstgetragene Kosten** (Gesamtsumme)
Hilfe von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten	_____ h	_____ €
Haushaltshilfen	_____ h	_____ €
Ambulante Pflegedienste (z.B. Caritas)	_____ h	_____ €
Sonstiges, nämlich: _____	_____ h	_____ €

\* Falls Sie den Zeitaufwand nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

\*\* Falls Sie den Betrag nicht genau nennen können, schätzen Sie ihn bitte.

**29. Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine Erwerbsunfähigkeitsrente beantragt?**

Nein  Ja

**Falls „Ja“, ist Ihr Rentenanspruch schon bewilligt worden?**

Ja, der Bescheid gilt ab \_\_\_\_\_

Nein

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Angaben zu Ihrer Person**

**30. Ihr Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**31. Ihr Geschlecht:** Männlich  Weiblich

**32. Welchen Familienstand haben Sie?**

Ledig

Verheiratet

Geschieden

Verwitwet

**33. Leben Sie mit einem (Ehe-)Partner/ einer (Ehe-)Partnerin zusammen?**

Ja

Nein

**34. Welche Nationalität haben Sie?**

Deutsch

Andere , nämlich: \_\_\_\_\_

**Falls „andere“, wie lange wohnen Sie schon in Deutschland?**

Seit \_\_\_\_\_ Jahr(en)

**35. Welchen allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie? Bitte geben Sie nur Ihren höchsten Schulabschluss an.**

Noch Schüler.....|

Schule beendet ohne Abschluss.....|

Volks-/ Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule  
(mit Abschluss der 8. oder 9. Klasse).....|

Mittlere Reife, Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule  
(mit Abschluss der 10. Klasse).....|

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.).....|

Abitur bzw. Erweiterte Oberschule mit Abschluss der 12. Klasse  
(Hochschulreife).....|

Anderer Schulabschluss und zwar: \_\_\_\_\_ .....|

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**36. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?**

*Mehrere Angaben sind möglich!*

Betriebliche Anlernzeit, aber keine Lehre.....|\_|

Lehre/ Berufsfachschulabschluss.....|\_|

Meister-, Techniker- od. gleichwertiger Fachschulabschluss.....|\_|

Fachhochschulabschluss .....|\_|

Hochschulabschluss .....|\_|

Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:

\_\_\_\_\_.....|\_|

Noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildende(r), Lehrling, Berufsfachschule).....|\_|

Student(in).....|\_|

Keinen beruflichen Ausbildungsabschluss.....|\_|

**37. Welchen Beruf üben Sie aus bzw. haben Sie früher ausgeübt?**

\_\_\_\_\_

**38. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?**

Ich lebe alleine.

Ich lebe nicht alleine. Außer mir leben im Haushalt \_\_\_\_\_ weitere Personen.

**39. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes zur Zeit insgesamt? Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung und Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.**

**Ordnen Sie sich bitte in eine der folgenden Kategorien ein:**

- |                           |                          |                           |                          |
|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| unter 1.000 €             | <input type="checkbox"/> | 3.500 € bis unter 4.000 € | <input type="checkbox"/> |
| 1.000 € bis unter 1.500 € | <input type="checkbox"/> | 4.000 € bis unter 4.500 € | <input type="checkbox"/> |
| 1.500 € bis unter 2.000 € | <input type="checkbox"/> | 4.500 € bis unter 5.000 € | <input type="checkbox"/> |
| 2.000 € bis unter 2.500 € | <input type="checkbox"/> | 5.000 € bis unter 6.000 € | <input type="checkbox"/> |
| 2.500 € bis unter 3.000 € | <input type="checkbox"/> | 6.000 € bis unter 8.000 € | <input type="checkbox"/> |
| 3.000 € bis unter 3.500 € | <input type="checkbox"/> | über 8.000 €              | <input type="checkbox"/> |

Probanden-ID: \_\_\_\_\_

**Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit und bitten Sie um eine kurze Bewertung des Fragebogens**

**War der Fragebogen einfach oder schwierig auszufüllen? Bitte kreuzen Sie die Skala entsprechend an:**

Einfach auszufüllen  ←————→ Schwierig auszufüllen

|\_|  
1

|\_|  
2

|\_|  
3

|\_|  
4

|\_|  
5

|\_|  
6

**Wie beurteilen Sie die Länge des Fragebogens? Bitte kreuzen Sie wieder die Skala entsprechend an:**

In Ordnung ←————→ Viel zu lang

|\_|  
1

|\_|  
2

|\_|  
3

|\_|  
4

|\_|  
5

|\_|  
6

**Wie viel Zeit haben Sie zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?**

\_\_\_\_\_ Minuten

**Haben Sie noch Anmerkungen zum Fragebogen?**

---

---

---

---

*Herzlichen Dank!*