



Gesundheitsfragebogen

ab 65 Jahre

Wir freuen uns, dass Sie an unserer Befragung teilnehmen!

In diesem Fragebogen geht es um Ihre gesundheitliche Situation, Ihr Befinden, Ihren Lebensstil und Ihre Lebenssituation. Bitte beachten Sie vor dem Ausfüllen die folgenden Hinweise.

Was ist zu beachten?

- Bitte benutzen Sie zum Ausfüllen keinen Bleistift, sondern möglichst einen blauen oder schwarzen Kugelschreiber.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig und lassen Sie keine Fragen aus.
- Kreuzen Sie bitte nur das an, was auf Sie zutrifft.
- Überspringen Sie Fragen nur dann, wenn im Text ein ausdrücklicher Hinweis dazu gegeben wird.

Die Teilnahme an der Befragung ist **anonym**. Mit der Teilnahme erklären Sie sich einverstanden, dass die von Ihnen gemachten Angaben zum Zweck der Datenauswertung in **anonymer Form** an die Hochschule für angewandte Wissenschaften München übermittelt werden und die Befragungsergebnisse in **Form von allgemeinen Statistiken** veröffentlicht werden. Rückschlüsse auf Ihre Person sind weder beabsichtigt noch möglich. Ihre Daten werden unter keinen Umständen an Dritte weitergegeben. Ihre Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Wir bitten Sie jedoch herzlich um ihre Mitwirkung, da nur so ein möglichst umfassendes Bild der gesundheitlichen Situation der Puchheimer Seniorinnen und Senioren entstehen kann.

Wenn Sie Rückfragen zum Ausfüllen des Fragebogens haben, wenden Sie sich bitte an Herrn Christoph Geigl (Tel.: +49 (0) 89 1265-2365, Mail: christoph.geigl@hm.edu) von der Hochschule für angewandte Wissenschaften München.

Vielen Dank!

Ihr Projektteam Gesunde Kommune Puchheim

In den nachfolgenden Fragen geht es um die Beurteilung Ihres allgemeinen Gesundheitszustandes. Diese Angaben ermöglichen es nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

(Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Ausgezeichnet Sehr gut Gut Weniger gut Schlecht

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Derzeit viel besser als vor einem Jahr Derzeit etwas schlechter als vor einem Jahr
 Derzeit etwas besser als vor einem Jahr Derzeit viel schlechter als vor einem Jahr
 Etwa so wie vor einem Jahr

3. Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
Anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als einen Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehrere hundert Meter weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einhundert Meter weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>				
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>				
Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>				
Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. besondere Anstrengung)	<input type="checkbox"/>				

5. Wie oft hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause? Beispielsweise weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>				
Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>				
Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>				

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zum Bekanntenkreis beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Überhaupt nicht Etwas Mäßig Ziemlich Sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen 4 Wochen? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Keine Schmerzen Sehr leicht Leicht Mäßig Stark Sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagsaktivitäten zu Hause und im Beruf behindert? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Überhaupt nicht Ein bisschen Mäßig Ziemlich Sehr

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen... (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht)

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
...voller Leben?	<input type="checkbox"/>				
...sehr nervös?	<input type="checkbox"/>				
...so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	<input type="checkbox"/>				
...ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/>				
...voller Energie?	<input type="checkbox"/>				
...entmutigt und traurig?	<input type="checkbox"/>				
...erschöpft?	<input type="checkbox"/>				
...glücklich?	<input type="checkbox"/>				
...müde?	<input type="checkbox"/>				

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Immer Meistens Manchmal Selten Nie

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Trifft ganz zu	Trifft weitgehend zu	Weiß nicht	Trifft weitgehend nicht zu	Trifft überhaupt nicht zu
Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin genauso gesund wie andere Menschen, die ich kenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte, dass mein Gesundheitszustand sich verschlechtert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesundheitszustand ist ausgezeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der folgende Abschnitt betrifft Ihre Einstellungen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit.

12. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Stimme sehr zu	Stimme zu	Teils-teils	Lehne ab	Lehne sehr ab
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Anlage und Glück.	<input type="checkbox"/>				
Es liegt stets an mir, wenn etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmt.	<input type="checkbox"/>				
Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt mir sagt.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich krank werde, so ist dies meine Schuld.	<input type="checkbox"/>				
Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in der Hauptsache durch reines Glück bestimmt.	<input type="checkbox"/>				
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	<input type="checkbox"/>				
Ärzte bestimmen meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.	<input type="checkbox"/>				
Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt.	<input type="checkbox"/>				
Wenn ich mich krank fühle, weiß ich, dass ich nicht richtig aufgepasst habe.	<input type="checkbox"/>				
Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.	<input type="checkbox"/>				
Es liegt vor allem an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit wieder gesund werde.	<input type="checkbox"/>				

Sie werden im Folgenden zu Ihren gesundheitlichen Beschwerden befragt. Ihre Angaben werden – wie alle anderen Angaben auch – selbstverständlich vollständig anonym gehalten und ausgewertet.

13. Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

Beschwerden	Gar nicht	Kaum	Mäßig	Stark
Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<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"/>
Druck- oder Völlegefühl am 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"/>
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"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<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"/>
Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flimmern vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwerhörigkeit, Hörbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfallsweise Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erstickungsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leibschmerzen (einschließlich Magen- oder Unterleibsschmerzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Energielosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Gespanntheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wetterfühligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taubheitsgefühl in Händen und/oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien, Hautreizungen	<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"/>

Nachstehend werden Sie zu Ihrem Wohnumfeld und Ihrer Verkehrsmittelnutzung befragt. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass diese Faktoren einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

14. Wie lange brauchen Sie zu Fuß, um folgende Einrichtungen zu erreichen? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Unter 10 Minuten	10 - 20 Minuten	Mehr als 20 Minuten	Nicht zu Fuß erreichbar	Weiß nicht
Geschäfte für den alltäglichen Bedarf	<input type="checkbox"/>				
Gaststätte/Kneipe/Restaurant	<input type="checkbox"/>				
Bankautomat oder vergleichbarer Zugang zu Bargeld	<input type="checkbox"/>				
Öffentliche Grünanlage	<input type="checkbox"/>				
Öffentliche Sport- oder Freizeitanlage	<input type="checkbox"/>				
Grünfläche mit bereit gestellten Bewegungsmöglichkeiten (z.B. Bocciaplätzen, Fitnessparcours)	<input type="checkbox"/>				
Haltestelle für öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/>				

15. Wie bewältigen Sie Ihre alltäglich anfallenden Wegstrecken überwiegend? Beispielsweise den Weg zum Einkaufen (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Zu Fuß	<input type="checkbox"/>	Ich werde privat gefahren	<input type="checkbox"/>
Mit dem Fahrrad	<input type="checkbox"/>	Ich nutze Mitfahrdienste etc.	<input type="checkbox"/>
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/>	Mit dem Rollator, Rollstuhl oder anderen Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>
Mit dem Auto, Motorrad, Moped oder Mofa	<input type="checkbox"/>	Sonstiges	<input type="checkbox"/>

Sie werden nachfolgend zu Ihren Möglichkeiten befragt, soziale Unterstützung zu erhalten. Auch hier konnte in wissenschaftlichen Studien ein Zusammenhang zur Gesundheit nachgewiesen werden.

16. Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie erste persönliche Probleme haben? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Keine 1 bis 2 3 bis 5 6 oder mehr

17. Wie viel Anteilnahme und Interesse zeigen andere Menschen an dem, was Sie tun? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Sehr viel Anteilnahme und Interesse Wenig Anteilnahme und Interesse
 Viel Anteilnahme und Interesse Keine Anteilnahme und Interesse
 Weder viel noch wenig

18. Wie einfach ist es für Sie, praktische Hilfe von Personen zu erhalten, wenn Sie diese benötigen? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Sehr einfach Einfach Möglich Schwierig Sehr schwierig

Im Folgenden werden Ihnen Fragen zu Ihren gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen gestellt.

19. Rauchen Sie zurzeit? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Ja, täglich Ja, gelegentlich Nein, nicht mehr Habe noch nie geraucht

20. Wenn ja, wie viele Zigaretten rauchen Sie zurzeit durchschnittlich am Tag? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

1 - 5 Zigaretten 6 - 10 Zigaretten 11 - 20 Zigaretten Mehr als 20 Zigaretten

21. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk, also z. B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör zu sich? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Nie (Bitte weiter mit Frage 24)
 1 Mal pro Monat oder seltener
 2 - 4 Mal pro Monat
 2 - 3 Mal pro Woche
 4 Mal pro Woche oder öfter

22. Wenn Sie Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann üblicherweise an einem Tag? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

1 - 2 alkoholische Getränke 7 - 9 alkoholische Getränke
 3 - 4 alkoholische Getränke 10 oder mehr alkoholische Getränke
 5 - 6 alkoholische Getränke

23. Wie oft trinken Sie sechs oder mehr alkoholische Getränke bei einer Gelegenheit (z. B. beim Abendessen oder auf einer Party)? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Nie Jede Woche
 Seltener als einmal im Monat Jeden Tag oder fast jeden Tag
 Jeden Monat

24. Wie stark geraten Sie normalerweise außer Atem bzw. ins Schwitzen, wenn Sie drei Stockwerke Treppen steigen? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Sehr stark Stark Etwas Gar nicht

25. Wie oft treiben Sie in der Regel Sport? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Täglich Einmal in der Woche
 4 - 6 Mal in der Woche Weniger als einmal in der Woche
 2 - 3 Mal in der Woche Gar nicht

26. Wie oft üben Sie körperlich etwas anstrengendere Alltagsaktivitäten aus? Zum Beispiel Spaziergehen, mit dem Fahrrad zum Einkaufen fahren, Treppensteigen. (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Täglich	<input type="checkbox"/>	Einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>
4 - 6 Mal in der Woche	<input type="checkbox"/>	Weniger als einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>
2 - 3 Mal in der Woche	<input type="checkbox"/>	Gar nicht	<input type="checkbox"/>

27. Wie oft nehmen Sie Folgendes in der Regel zu sich? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Mehrmals am Tag	Einmal pro Tag	Mehrmals pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener	Nie
Obst/Gemüse	<input type="checkbox"/>					
Fleisch oder Wurstwaren	<input type="checkbox"/>					
Fertigprodukte/Fastfood	<input type="checkbox"/>					
Süßigkeiten (z.B. Schokolade, Kuchen)	<input type="checkbox"/>					
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>					
Milchprodukte (z.B. Joghurt, Käse)	<input type="checkbox"/>					
Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Vitaminpräparate)	<input type="checkbox"/>					
Süße Getränke (z.B. Limonaden, Softgetränke, Fruchtsaftgetränke)	<input type="checkbox"/>					
Alkoholische Getränke (z.B. ein Glas Wein, Bier, Mixgetränk, Schnaps oder Likör)	<input type="checkbox"/>					

In der nachstehenden Frage wird Ihre Einschätzung zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen in der Stadt Puchheim abgefragt.

28. Welche Maßnahmen (Kurse, Übungen, Beratungen) nutzen oder wünschen Sie sich in Puchheim?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an)

	Nutze ich	Wünsche ich mir	Kein Interesse
Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannung oder Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fitness/Ausgleichssport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentenentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zur Auswertung der Fragen sind u.a. Angaben zu Haushalt, Beruf, Einkommen, Größe und Gewicht nötig. Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten. Ihre Angaben werden – wie alle anderen Angaben auch – selbstverständlich vollständig anonym gehalten und ausgewertet.

29. Wie sind Sie krankenversichert? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Gesetzlich versichert ohne private Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>
Gesetzlich versichert mit privater Zusatzversicherung	<input type="checkbox"/>
Beihilfe	<input type="checkbox"/>
Privat versichert	<input type="checkbox"/>
Nicht krankenversichert	<input type="checkbox"/>

30. Sind Sie schwerbehindert? Wenn ja, mit welchem Grad der Behinderung (GdB)? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, GdB mindestens 50	<input type="checkbox"/>
Ja, GdB 100	<input type="checkbox"/>	Ja, GdB mindestens 30	<input type="checkbox"/>

31. Haben Sie einen Pflegegrad? Wenn ja, welchen? (Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an)

Nein	<input type="checkbox"/>	Ja, Pflegegrad 3	<input type="checkbox"/>
Ja, Pflegegrad 1	<input type="checkbox"/>	Ja, Pflegegrad 4	<input type="checkbox"/>
Ja, Pflegegrad 2	<input type="checkbox"/>	Ja, Pflegegrad 5	<input type="checkbox"/>

32. Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an		33. Bitte geben Sie Ihre Staatsangehörigkeit an		34. Bitte geben Sie Ihren Geburtsjahrgang an	
männlich <input type="checkbox"/>		deutsch <input type="checkbox"/>			
weiblich <input type="checkbox"/>		nicht deutsch <input type="checkbox"/>			
		nämlich: _____			

35. In welchem Stadtteil von Puchheim wohnen Sie?			
Puchheim Nord <input type="checkbox"/>		Puchheim Süd (außerhalb der Planie) <input type="checkbox"/>	
Puchheim Süd (in der Planie) <input type="checkbox"/>		Puchheim Ort <input type="checkbox"/>	

36. Wie groß sind Sie?	37. Wie viel wiegen Sie?
Bitte geben Sie ihre Körpergröße in cm an.	Bitte geben Sie Ihr Körpergewicht in kg an.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

38. Ihr Familienstand	
Ich bin verheiratet und lebe mit meinem/r Ehepartner/in zusammen	<input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 40)
Ich bin verheiratet und lebe von meinem/r Ehepartner/in getrennt	<input type="checkbox"/>
Ich bin ledig	<input type="checkbox"/>
Ich bin geschieden	<input type="checkbox"/>
Ich bin verwitwet	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

39. Ich lebe mit einem/r Partner/in zusammen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
---	---

40. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?	
Ich bin von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Hauptschulabschluss (Volksschule)	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder Fachschulreife	<input type="checkbox"/>
Ich habe den Abschluss der Polytechnischen Oberschule 8. Klasse	<input type="checkbox"/>
Ich habe die Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/>
Ich habe die allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS)	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen anderen Schulabschluss, und zwar: _____	<input type="checkbox"/>

41. Welchen höchsten beruflichen Ausbildungs- bzw. Hochschulabschluss haben Sie?	
Ich habe keinen beruflichen Abschluss	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen	<input type="checkbox"/>
Ich habe eine Ausbildung an einer Fach-, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Fachhochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen Universitäts- oder Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss	<input type="checkbox"/>

42. Beziehen Sie eine Rente oder Pension?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
--	---

43. Sind Sie zurzeit erwerbstätig? Unter Erwerbstätigkeit wird jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden, egal welchen zeitlichen Umfang sie hat.			
Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/>		Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt <input type="checkbox"/>	
Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/>		Nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/>	
Geringfügig erwerbstätig (450 Euro- oder Mini-Job) <input type="checkbox"/>			

44. Waren Sie jemals erwerbstätig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (weiter mit Frage 47)
---	---

45. Welche berufliche Tätigkeit üben oder übten Sie hauptsächlich aus?

_____ (Genaue Berufsbezeichnung)

46. In welcher beruflichen Stellung sind oder waren Sie hauptsächlich beschäftigt?

- Angestellte/r
- Arbeiter/in
- Beamten/Beamter (auch Anwärter/in)
- Landwirt/in
- Selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitenden
- Selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeitende
- Mithelfende/r Familienangehörige/r (unbezahlt)

47. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?

Denken Sie dabei bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Eine Person (Sie selbst) Mehrere Personen, und zwar _____ Personen**48. Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind 18 Jahre und älter, Sie selbst eingeschlossen? _____ Person/en****49. Wie viele Personen tragen insgesamt zum Einkommen Ihres Haushalts bei?**

Denken Sie nicht nur an Arbeitseinkommen, sondern auch an Renten, Pensionen und andere Einkommen.

Eine Person Mehrere Personen, und zwar _____ Personen**50. Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts insgesamt?**

Gemeint ist dabei die Summe, die sich aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension ergibt. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu. Ziehen Sie dann Steuern, Betriebsausgaben und Sozialversicherungsbeiträge ab. Falls nicht genau bekannt, bitte schätzen Sie.

Bitte tragen Sie hier das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts ein:

_____ €

51. Falls Sie den Betrag nicht genau angeben können, ordnen Sie sich bitte in eine der folgenden Kategorien ein:

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| unter 500 € | <input type="checkbox"/> | 2 500 bis unter 3 000 € | <input type="checkbox"/> |
| 500 bis unter 750 € | <input type="checkbox"/> | 3 000 bis unter 3 500 € | <input type="checkbox"/> |
| 750 bis unter 1 000 € | <input type="checkbox"/> | 3 500 bis unter 4 000 € | <input type="checkbox"/> |
| 1 000 bis unter 1 250 € | <input type="checkbox"/> | 4 000 bis unter 4 500 € | <input type="checkbox"/> |
| 1 250 bis unter 1 500 € | <input type="checkbox"/> | 4 500 bis unter 5 000 € | <input type="checkbox"/> |
| 1 500 bis unter 1 750 € | <input type="checkbox"/> | 5 000 bis unter 6 000 € | <input type="checkbox"/> |
| 1 750 bis unter 2 000 € | <input type="checkbox"/> | 6 000 bis unter 8 000 € | <input type="checkbox"/> |
| 2 000 bis unter 2 250 € | <input type="checkbox"/> | 8 000 € und mehr | <input type="checkbox"/> |
| 2 250 bis unter 2 500 € | <input type="checkbox"/> | | |

52. Gibt es sonst noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?