



EUROPEAN NETWORK FOR PREVENTION AND HEALTH PROMOTION

[www.europrev.org](http://www.europrev.org)

## **EUROPREVIEW - Fragebogen**

**Eine Befragung von Patientinnen und Patienten zu Gesundheitsvorsorge  
und Prävention in 23 europäischen Ländern**



Universitätsklinikum Düsseldorf

Studienzentrum Deutschland:  
**Prof. Dr. med. H.-H. Abholz**  
**Abteilung für Allgemeinmedizin**  
**Universitätsklinikum Düsseldorf**  
Moorenstr. 5 40225 Düsseldorf  
Tel. 0211 / 81-17771

**Ausfülldatum** des Fragebogens      (Tag) /   (Monat) /     (Jahr)

## I – PERSÖNLICHE ANGABEN

---

**1. Ihr Geburtsdatum?**                      (Tag) /   (Monat) / 19  (Jahr)

**2. Geschlecht:**             Mann             Frau

**3. Familienstand:**

- Sie leben mit Partner (verheiratet oder in Lebensgemeinschaft)
- Sie leben ohne Partner und sind ledig
- Sie leben ohne Partner und sind geschieden /getrennt
- Sie leben ohne Partner und sind verwitwet

**4. Wie lange dauerte Ihre Vollzeit-Ausbildung (Schule/Berufsausbildung) in Jahren ?**      Jahre

**5. Was ist Ihr höchster Schulabschluss ?**

- |                             |                          |   |                          |
|-----------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| kein Schulabschluss         | <input type="checkbox"/> | Höhere Handelsschule / techn. Oberschule etc. | <input type="checkbox"/> |
| Volksschule / Hauptschule   | <input type="checkbox"/> | ( Fach-) Abitur / DDR: EOS / POS              | <input type="checkbox"/> |
| Mittlere Reife / Realschule | <input type="checkbox"/> | Universität / (Fach-) Hochschule              | <input type="checkbox"/> |

**6. Ihre derzeitige berufliche Situation ?**

- berufstätig (angestellt oder selbstständig)
- Student / Studentin
- Hausfrau/-mann
- Rentner /Rentnerin
- arbeitssuchend

**7. Wie oft haben Sie Ihren Hausarzt / Hausärztin im letzten Jahr aufgesucht (12 Monate)?**

- 1-2 mal (inklusive des heutigen Arztbesuchs)
- 3-4 mal
- 5 mal oder häufiger

**8. Wurden bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine oder mehrere der folgenden Gesundheitsstörungen von einem Arzt /Ärztin diagnostiziert oder behandelt?**

Gesundheitsstörung	Ja, Behandlung <u>ohne</u> Medikamente	Ja, Behandlung <u>mit</u> Medikamenten	Nein
Bluthochdruck (Hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Cholesterinwerte (Hypercholesterinämie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhter Blutzucker (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt (Myokardinfarkt) oder Schmerzen im Brustkorb (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen , Gelenks-oder Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Bronchitis, Asthma oder Emphysem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis oder Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst oder Panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs-wenn zutreffend, bitte genauere Angabe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**9. Fühlten Sie sich im letzten Monat (30 Tage) sehr belastet, gestresst oder unter großem Druck ?**

- Nein  
 Ja, aber nicht mehr als üblich  
 Ja, mehr üblich  
 Ja, mein Leben ist fast nicht mehr erträglich

**10. Gibt es in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen?**

- Diabetes mellitus  
 Herzinfarkt oder Schlaganfall  
 Brustkrebs: Falls ja; in welchem Alter trat der Krebs auf? Mit  Jahren  
 vor den Wechseljahren  nach den Wechseljahren  weiß ich nicht

**II – FRAGEN ZUM LEBENSSTIL:**

**1. Ich denke meine Ernährungsgewohnheiten sind:**

- sehr ungesund     eher ungesund     relativ gesund     gesund     sehr gesund

**2. An wie vielen Tagen in der Woche bewegen Sie sich mindestens 30 Minuten intensiv?\***

- 0    1    2    3    4    5    6    7 Tagen (=täglich)

\* Jede Art von Aktivität: Spazierengehen,anstrengende Hausarbeit wie z.B. Putzen, Gartenarbeit bis hin zu intensiven Sportarten

**3. Wie ist Ihr Rauchverhalten?**

- Ich bin Raucher und rauche:     Zigaretten und/oder     Zigarren/Zigarillos und/oder     Pfeife  
 (Mehrfachantworten erlaubt) → Sollten Sie diese Frage mit Ja beantworten bitte weiter zu Frage 5  
 Ich habe das Rauchen vor einem Jahr oder kürzer aufgegeben → weiter mit Frage 4  
 Ich habe vor mehr als einem Jahr mit dem Rauchen aufgehört → weiter mit Frage 4  
 Ich habe nie geraucht → weiter mit Frage 6

**4. Falls Sie Ex-Raucher sind: Wie haben Sie aufgehört?**

(Mehrfachantworten erlaubt, weiter dann mit Frage 6)

- ohne jegliche Hilfe
- mit Unterstützung einer Selbsthilfegruppe
- mit Nikotinersatztherapie
- mit Hilfe von Medikamenten (z.B. Nikotinpflaster, Tabletten)
- durch Information in Büchern
- mit Hilfe von alternativen Heilmethoden (Hypnose, Akupunktur, Laser)
- mit Hilfe meines Arztes
- Anderes: \_\_\_\_\_

**5. Falls Sie Raucher sind: Wie viel rauchen Sie pro Tag (Zigaretten, Zigarren, Zigarillos, Pfeife etc.)?**

- weniger als 1
- 1-10
- 11-20
- mehr als 20

**6. Wie oft trinken Sie Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen)?**

- Nie → weiter zu Frage 12
- monatlich oder seltener
- weniger als 2x pro Woche
- 2-3 x pro Woche
- 4 x oder öfter pro Woche

**7. Wie viele Gläser Alkohol trinken Sie an einem normalen Tag?**

- weniger als 1
  - 1-2
  - 3-4
  - 5-6
  - 7-9
  - 10 oder mehr
- (ein Glas entspricht 0,3 l Bier ,1/8 Wein oder Sekt oder einem einfachen Schnaps 0,02 l)

**8. Hat Sie jemand auf Ihren Alkoholgenuss im letzten Jahr angesprochen?**  Ja  Nein

**9. Hatten Sie mal wegen Alkohol ein schlechtes Gewissen oder sich schuldig gefühlt?**  Ja  Nein

**10. Ist es Ihnen manchmal peinlich zuviel Alkohol getrunken zu haben?**  Ja  Nein

**11. Brauchen Sie zur Stärkung Ihrer Nerven ein Glas Alkohol am Morgen?**  Ja  Nein

**FÜR FRAUEN:**

**12. Wann ließen Sie Ihren letzten Krebsabstrich (vom Gebärmutterhals) machen?**

- kürzer als 1 Jahr
- vor 1-3 Jahren
- vor 4-5 Jahren
- vor mehr als 5 Jahren
- Noch nie

**13. Wann hatten Sie die letzte Mammographie?**

- kürzer als 1 Jahr
- vor 1-2 Jahren
- vor mehr als 2 Jahren
- Noch nie

**III – IHRE MEINUNG ZUR GESUNDHEITSVORSORGE UND PRÄVENTION**

<b>1. Wie wichtig ist Ihnen für ihre persönliche Gesundheit:</b>	<b>Nicht wichtig</b>	<b>Weniger wichtig</b>	<b>Wichtig</b>	<b>Sehr wichtig</b>
a. gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. regelmäßige Bewegung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. normales Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. nicht zu Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. selten oder gar kein Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ein normaler Blut-Cholesterinwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ein normaler Blutzuckerwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ein normaler Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. eine Grippschutzimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nur für Frauen:</b>				
j. Frauenärztliche Untersuchung mit Gebärmutterhals-Abstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. eine Mammographie-Kontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* mindestens 3x30 Minuten pro Woche (Gehen, Gartenarbeit, Hausarbeit, intensivere Sportarten etc.)

<b>2A. Glauben Sie es wäre für Sie notwendig:</b>	Trifft nicht zu da ich	Nein	Ich weiß nicht	Ja
a. sich gesünder zu ernähren ?	<input type="checkbox"/> mich gesund ernähre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich mehr zu bewegen ?	<input type="checkbox"/> mich mindestens 90 Min./Woche bewege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. das Gewicht zu verbessern ?	<input type="checkbox"/> normales Gewicht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. das Rauchen aufzugeben ?	<input type="checkbox"/> nicht rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. weniger Alkohol zu trinken ?	<input type="checkbox"/> gar nicht oder wenig trinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>2B. Glauben Sie es wäre für Sie notwendig:</b>	Nein	Ich weiß nicht	Ja
f. regelmäßig den Cholesterinwert überprüfen zu lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. regelmäßig den Blutzucker überprüfen zu lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. regelmäßig den Blutdruck zu kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. sich jedes Jahr gegen Grippe impfen zu lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen:</b>			
j. regelmäßig einen Krebsabstrich machen zu lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. regelmäßig eine Mammographie machen zu lassen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3A. Planen Sie konkret an den folgenden Dingen etwas zu ändern?</b>	Trifft nicht zu da ich	Nicht in den nächsten 6 Monaten	Ich weiß nicht	Plane ich in den nächsten 6 Monaten zu ändern	Plane ich im nächsten Monat zu ändern	Ich ändere es gerade
a. Ernährung	<input type="checkbox"/> mich gesund ernähre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sport / Bewegung	<input type="checkbox"/> mind. 90min/Woche aktiv bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Gewicht	<input type="checkbox"/> normales Gewicht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rauchen	<input type="checkbox"/> nicht rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alkohol	<input type="checkbox"/> gar nicht oder wenig trinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>3B. Wie oft glauben Sie sollte man folgendes machen lassen:</b>	Gar nicht	Weiß ich nicht	1x im Jahr oder öfter	Alle 2 Jahre	Alle 3 Jahre	Seltener als alle 3 Jahre
f. Cholesterinwert (Blut)	<input type="checkbox"/>					
g. Blutzuckerwert	<input type="checkbox"/>					
h. Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>					
i. Grippeimpfung	<input type="checkbox"/>					
<b>Nur für Frauen:</b>						
j. Krebsabstrich	<input type="checkbox"/>					
k. Mammographie	<input type="checkbox"/>					

<b>4A. Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie es schaffen:</b>	<b>Trifft nicht zu, da ich:</b>	<b>Sehr unsicher</b>	<b>Unsicher</b>	<b>Zuversichtlich</b>	<b>Sehr zuversichtlich</b>
a. Ihre Ernährung verbessern	<input type="checkbox"/> mich gesund ernähre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. mehr Sport betreiben	<input type="checkbox"/> mind. 90min/Woche aktiv bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ihr Normalgewicht erreichen	<input type="checkbox"/> Normalgewicht habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. das Rauchen aufgeben	<input type="checkbox"/> nicht rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. weniger Alkohol trinken	<input type="checkbox"/> gar nicht oder wenig trinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>4B. Wie sicher sind Sie, dass Sie regelmäßig folgendes auch wirklich bekommen, falls es haben möchten ?</b>	<b>Sehr unsicher</b>	<b>Unsicher</b>	<b>Sicher</b>	<b>Sehr sicher</b>
f. Cholesterinwertbestimmung im Blut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Blutzuckermessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Grippeimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen:</b>				
j. Krebsabstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5A. Würden Sie gern Beratung/Unterstützung von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin bekommen um:</b>	<b>Trifft nicht zu, da ich</b>	<b>Nein</b>	<b>Ich weiß nicht</b>	<b>Ja</b>
a. Ihre Ernährung zu verbessern	<input type="checkbox"/> mich gesund ernähre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. sich mehr zu bewegen	<input type="checkbox"/> mind. 90min/Woche aktiv bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Normalgewicht zu erreichen	<input type="checkbox"/> normalgewichtig bin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. mit dem Rauchen aufzuhören	<input type="checkbox"/> nicht rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. weniger Alkohol zu trinken	<input type="checkbox"/> gar nicht oder wenig trinke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5B. Hätten Sie gern, dass Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin demnächst:</b>	<b>Trifft nicht zu, da</b>	<b>Nein</b>	<b>Ich weiß nicht</b>	<b>Ja</b>
f. Ihren Blut-Cholesterinwerte überprüft	<input type="checkbox"/> dies regelmäßig kontrolliert wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ihren Blutzuckerwert kontrolliert	<input type="checkbox"/> dies regelmäßig kontrolliert wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Ihren Blutdruck kontrolliert	<input type="checkbox"/> dies regelmäßig kontrolliert wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Sie im letzten Herbst gegen Grippe geimpft hätte	<input type="checkbox"/> ich gegen Grippe geimpft wurde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen:</b>				
j. einen Krebsabstrich veranlasst	<input type="checkbox"/> dies regelmäßig kontrollieren lasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Sie zur Mammographie überweist	<input type="checkbox"/> dies regelmäßig kontrollieren lasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## IV – FRAGEN ZUR VERSORGUNG DURCH IHREN ARZT/IHRE ÄRZTIN UND DAS PRAXISTEAM:

1. Hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin oder das Praxisteam Sie jemals auf folgende Punkte angesprochen ?	Nein	Weiß ich nicht	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, aber ich weiß nicht mehr wann
a. Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bewegung / Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Cholesterinwerte (Blut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Blutzuckerwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gripeschutzimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Für Frauen:</b>					
j. Krebsabstrich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Mammographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Falls Sie sich Unterstützung durch Ihren Arzt/Ihrer Ärztin oder das Praxisteam wünschen:	Welche Art von Unterstützung möchten Sie? (Mehrfachantworten möglich)			
a. Verbesserung der Ernährung	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch	<input type="checkbox"/> Gruppengespräche	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Spezialisten
b. mehr Bewegung / Sport	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch	<input type="checkbox"/> Gruppengespräche	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Spezialisten
c. Erreichen des Normalgewichtes	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch	<input type="checkbox"/> Gruppengespräche	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Spezialisten
d. Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch	<input type="checkbox"/> Gruppengespräche	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Spezialisten
e. weniger Alkohol trinken	<input type="checkbox"/> Informationsbroschüren	<input type="checkbox"/> Einzelgespräch	<input type="checkbox"/> Gruppengespräche	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Spezialisten

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

**Bitte stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in die am Empfang aufgestellte Studienbox**