



Bundesministerium
für Gesundheit



infas

IFT

IFT · Institut
für Therapiefor-
schung
München



TECHNISCHE
UNIVERSITÄT
DRESDEN

Leben und Gesundheit 2009

Eine bundesweite Studie im Auftrag
des Bundesministeriums für Gesundheit

Schriftlicher Fragebogen

Die Studie „Leben und Gesundheit 2009“ ist eine bundesweite repräsentative Bevölkerungsbefragung, die seit 1980 regelmäßig durchgeführt wird. Sie untersucht Veränderungen der gesundheitlichen Situation und der Lebensgewohnheiten von Erwachsenen in Deutschland. Neben Gesundheits- und Freizeitverhalten ist der Gebrauch von Genuss- und Suchtmitteln ein Schwerpunkt der Studie.

Sie wurden zufällig als eine von 8.000 Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren ausgewählt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie, verlässliche und allgemeingültige Aussagen über Lebensgewohnheiten und Gesundheit von Erwachsenen in Deutschland zu erhalten.

**Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Studie beim IFT Institut für Therapiefor-
schung in München und beim Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Technischen Universität Dresden in Auftrag gegeben. Die Befragung selbst wird von
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft in Bonn durchgeführt.**

**Ihre Angaben werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und
nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Alle Regeln
des Datenschutzes werden vollständig eingehalten.**

Worum bitten wir Sie?

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und im beigefügten Rückumschlag zurückzuschicken an:
infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Postfach 24 01 01, 53154 Bonn

Für Fragen steht Ihnen zur Verfügung:

Frau Angelika Steinwede, Tel.: 0228 / 3822-500, Fax: 0228 / 310071,
E-Mail: lebenundgesundheits2009@infas.de

Was geschieht mit Ihren Angaben?

Die durchführenden Institute tragen die volle datenschutzrechtliche Verantwortung. Alle Ihre Angaben werden streng vertraulich, entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz, behandelt. Das bedeutet: Alle erhobenen Daten werden nur in anonymisierter Form, d.h. ohne Namen und Adresse, und nur zusammengefasst mit den Angaben der anderen Befragten ausgewertet. Die Ergebnisse lassen keine Rückschlüsse darauf zu, welche Person welche Angaben gemacht hat. Mit anderen Worten:

Der Datenschutz ist voll und ganz gewährleistet.


Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

Bitte füllen Sie den Fragebogen wie folgt aus:

- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten an.
Normalerweise ist für jede Frage nur eine Antwort möglich, bitte nur **ein** Kästchen ankreuzen.

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?.... ₁
...eine Frau? ... ₂

- Wenn mehrere Antworten auf eine Frage angekreuzt werden können, wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

Beispiel:  Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

- Bei einigen Fragen müssen Sie nur eine Zahlenangabe machen:

Beispiel: **In welchem Jahr sind Sie geboren?** 19

- Bei einigen Fragen werden Sie aufgefordert, Ihre Antwort weiter auszuführen.
Bitte schreiben Sie in die weißen Balken den Antworttext:

Beispiel: In einem anderen Land ➔ Welches?

- Gelegentlich werden Sie aufgefordert, einen Teil der Fragen zu überspringen.
Tun Sie dies bitte dann, wenn im Fragebogen auf folgende Weise darauf hingewiesen wird:

Beispiel: ➔ **Bitte weiter mit Frage 19**

Die Frage-Nummer, mit der Sie dann in der Beantwortung des Fragebogens fortfahren sollen, ist jeweils hinter dem Pfeil notiert.

- Sollten Sie sich einmal bei einer Antwort geirrt haben, so kreisen Sie dieses Kästchen bitte ein und kreuzen die richtige Antwort an:

Beispiel: **Sind Sie...** ...ein Mann?.... ₁
...eine Frau?...

Beginnen Sie bitte jetzt mit Frage 1 auf der gegenüberliegenden Seite!

9. Wie viele Kinder haben Sie?

Kinder Ich habe keine Kinder.....₀

Wie viele Kinder leben zur Zeit mit Ihnen im Haushalt zusammen?

Kinder Keine Kinder im Haushalt ...₀

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

Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder.

Lebe allein.....₁ **Bitte weiter mit Frage 11**

Insgesamt Personen

Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind unter 14 Jahren alt?

Person/en unter 14 Jahren

Fragen zu Ihrer Gesundheit

11. Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Sehr gut 1	Gut 2	Durchschnittlich 3	Schlecht 4	Sehr schlecht 5
Wie geht es Ihnen zur Zeit gesundheitlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schätzen Sie zur Zeit Ihr psychisches Wohlbefinden ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Denken Sie an die letzten 12 Monate. Gab es innerhalb dieses Zeitraums Phasen von mindestens einer Woche Dauer, in denen Sie ungewöhnlich, d.h. über das so genannte Normale hinaus...

	Ja 1	Nein 2
...glücklich, erregt oder überdreht waren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...reizbar waren oder andauernd Streit mit anderen Leuten angefangen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


Wenn beides mit „Nein“ beantwortet: Bitte weiter mit Frage 13

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

Wie haben Sie sich während dieser Phase gefühlt?

	Ja 1	Nein 2
Ich hatte ein übersteigertes Selbstwertgefühl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte ein geringeres Schlafbedürfnis als sonst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte einen größeren Rededrang als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte nicht still sitzen und musste ständig auf und ab gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Gedanken sprangen vom einen Thema zum anderen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war ablenkbarer als sonst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war aktiver als sonst (im sozialen, beruflichen, schulischen oder sexuellen Bereich).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich neigte zu tollkühnem oder rücksichtslosem Verhalten (z.B. ungezügelltes Einkaufen, rücksichtsloses Autofahren, riskante geschäftliche Investitionen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie Sie sich während der **letzten 30 Tage** gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie für jede Frage die Alternative an, die am besten beschreibt, wie oft Sie dieses Gefühl in dieser Zeit erlebt haben.

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

Wie häufig fühlten Sie sich während der **letzten 30 Tage**...

	Niemals	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
	1	2	3	4	5
... nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... rastlos oder unruhig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass nichts Sie aufmuntern konnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... so, dass alles für Sie anstrengend war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Bitte geben Sie an, welche der folgenden **chronischen Krankheiten Ihr Arzt bei Ihnen festgestellt hat.**

 Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

	Trifft zu
	1
Rückenleiden (z.B. Probleme mit Bandscheiben, Wirbelsäule)	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>
Magen-Darm-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Hals-Nasen-Ohren-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
Gelenk-/Knochenerkrankungen (z.B. Osteoporose, Arthritis, Rheuma)	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische/psychische Erkrankungen (z.B. Depression, vegetative Dystonie)	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)	<input type="checkbox"/>
Drogen-/Alkoholerkrankungen	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/>
Fettleber, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>
Hepatitis C	<input type="checkbox"/>
Sonstige chronische Krankheiten	<input type="checkbox"/>
Nichts davon	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Einnahme von Medikamenten

Zu Ihrer Information:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf den Gebrauch bestimmter Medikamente. Damit Sie sich vergewissern können, in welche Kategorie ein bestimmtes Medikament fällt, haben wir die gebräuchlichsten Medikamente zusammengestellt.

Beispiele der gebräuchlichsten Medikamente:

Schmerzmittel	Aktren, Almogran, Allegro, Aspirin, Azur, Buscopan, Capros, Develin retard, Dilaudid, Dolantin, Dolomo, Dolormin, Dolviran, Fortral, Gelonida, Lonarid, L-Polamidon, Meptid, Migraeflux, Morphin Merck, MSI Mundipharma, MSR Mundipharma Suppositorien, MST Mundipharma Tabletten, Nedolon, Nubain, Paracetamol, Relpax, Sevredol, Spalt, Thomapyrin, Trama-Dorsch, Tramadura, Tramagit, Tramal, Tramundin, Temgesic, Tegal, Valoron N., Vioxx, Vivimed.
Schlafmittel	Baldriparan N, Betadorm A, Bikalm, Dalmadorm, Dolestan, Dormicum, Dormigoa, Eatan N, Ergocalm, Eusedon mono, Fluninoc, Halbmond, Halcion, Hoggar, Imeson, Lendormin, Loretam, Luvased, Moradorm, Mogadan, Neodorm, Noctamid, Norkotral, Novanox, Planum, Radedorm, Remestan, Rohypnol, Sedovegan, Sonata, Staurodorm, Stilnox, Visano, Vivinox Schlafdrages.
Beruhigungsmittel	Adumbran, Atosil, Bikalm, Bromazanyl, Demetrin, Dolestan, Durazanyl, Eusedon, Faustan, Gityl, Laubeel, Lexostad, Lexotanyl, Librium, Limbatriel, Nitrazepam, Noctazepam, Normoc, Praxiten, Radepur, Rohypnol, Rudotel, Sedariston, Sedovegan, Sigacalm, Stilnox, Tafil, Tavor, Tranquase, Tranxilium, Valium, Valiquid, Visano, Xanax.
Anregungsmittel	AN1, Captagon, HalloWach, Percoffedrinol, Ritalin, Tradon, Tempil N.
Appetitzügler	Cardanat N, Recatol, Regenon retard.
Antidepressiva	Amineurin, Anafranil, Aponal, Aurorix, Cipralext, Comipramin, Deprilept, Doxepin, Fevarin, Fluctin, Herphonal, Hydiphen, Imipramin, Insidon, Ludiomil, Maprolu, Mianserin, Noveril, Novoprotect, Paroxetin, Pertofran, Prozac, Pryleugan, Saroten, Seroxat, Siquan, Stangyl, Tagonis, Thombran, Tofranil, Tolvin, Trevilor, Trimipramin.
Neuroleptika	Abilify, Ciatyl-Z, Chlorprotixen, Colzapin, Decentan, Dehydrobenzperidol, Dogmatil, Fluanxol, Glianimon, Haldol, Haloperidol, Jatrosom, Leponex, Lyogen, Lyorodin, Melleril, Meresa, Neogama, Neurocil, Omca, Orap, Propaphenin, Protactyl, Psyquil, Risperdal, Sigaperidol, Sulpirid, Tiapridex, Truxal, Zeldox.
Anabole Steroide (Anabolika)	Anapolon, Andriol, Deca Durabolin, Dianabol, Ganabol, Genotropin, Halotestin, Humatrope, Masteron, Methyltestosteron, Norditropin, Nutropinaq, Oral Turinabol, Oxandrolon, Parabolan, Primobolan, Saizen, Trenbolon Acetat, Trenbolon Enantat, Winstrol.

15. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

Trifft zu	1		
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>		
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>		
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>		
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>		
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>		
Antidepressiva.....	<input type="checkbox"/>		Habe in den letzten 12 Monaten
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>		keines dieser Medikamente
Anabolika	<input type="checkbox"/>		genommen

Bitte weiter mit Frage 16

Bitte weiter mit Frage 18

16. Wie häufig haben Sie in den letzten 30 Tagen die folgenden Medikamente genommen?

Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Täglich 1	Mehrmals pro Woche 2	Einmal pro Woche 3	Seltener als einmal pro Woche 4	Nie 5
Schmerzmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafmittel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anregungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitzügler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anabolika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter mit Frage 18

Bitte weiter mit Frage 17

17. Wie oft haben Sie in den letzten 30 Tagen Anabolika zur Unterstützung Ihrer Fitness bzw. Ihrer sportlichen Aktivitäten eingenommen?

Täglich 1	Mehrmals pro Woche 2	Einmal pro Woche 3	Seltener als einmal pro Woche 4	Nie 5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Nun geht es um Gewohnheiten und Schwierigkeiten, die bei der Einnahme von Medikamenten auftreten können.

Die folgenden Aussagen beziehen sich nur auf Medikamente, die man einnimmt,

- um besser schlafen zu können
- um leistungsfähiger zu werden
- um weniger Schmerzen zu haben
- um ruhiger zu werden
- um sich wohler zu fühlen
- um körperliche Vorgänge zu regulieren.

Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein, trifft nicht zu 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
Ohne Medikamente kann ich schlechter einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe mir sicherheitshalber schon einmal einen kleinen Vorrat an Tabletten angelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitweilig möchte ich mich von allem zurückziehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es gibt Situationen, die schaffe ich ohne Medikamente nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere glauben, dass ich Probleme mit Medikamenten habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Wirkung meiner Medikamente ist nicht mehr so wie am Anfang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weil ich Schmerzen habe, nehme ich oft Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Zeiten erhöhter Medikamenteneinnahme habe ich weniger gegessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich ohne Medikamente nicht wohl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manchmal war ich selbst erstaunt, wie viele Tabletten ich an einem Tag eingenommen habe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit Medikamenten fühle ich mich oft leistungsfähiger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zum Rauchen

19. Rauchen Sie zur Zeit?

Ja ₁Nein..... ₂

20. Haben Sie in Ihrem Leben insgesamt mehr als 100 Zigaretten/ Zigarren/Zigarillos/Pfeifen geraucht?

Ja ₁Nein..... ₂ → **Bitte weiter mit Frage 32, Seite 11**

Was rauchen Sie, oder falls Sie nicht mehr rauchen, was haben Sie früher geraucht?

☞ Bitte kreuzen Sie **alles** an, was zutrifft!Zigaretten ₁Zigarren..... Zigarillos..... Pfeife..... Shisha (Wasserpfeife).....

21. Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal geraucht haben (auch wenn Sie heute nicht mehr rauchen)?

War etwa Jahre alt

22. Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben täglich zu rauchen?

War etwa Jahre alt Habe nie täglich geraucht..... ₁ → **Bitte weiter mit Frage 24**

23. Wie viele Jahre haben Sie täglich geraucht?

Habe etwa Jahre täglich gerauchtHabe weniger als 1 Jahr täglich geraucht ₉₅

24. Wann haben Sie zuletzt geraucht?

☞ Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!In den letzten 30 Tagen ₁ → **Bitte weiter mit Frage 25**Vor 1 bis 12 Monaten ₂ → **Bitte weiter mit Frage 27**Vor mehr als 1 Jahr ₃ → **Bitte weiter mit Frage 32, Seite 11**

25. Bitte denken Sie jetzt nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen): An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigaretten geraucht?

An etwa TagenAn so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigaretten rauchen Sie dann im Durchschnitt?Etwa ZigarettenHabe in den letzten 30 Tagen gar keine Zigaretten geraucht ₀

26. Bitte denken Sie jetzt wieder nur an die letzten 30 Tage (vier Wochen):
An wie vielen dieser Tage haben Sie Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen geraucht?

An etwa Tagen

An so einem Tag, an dem Sie rauchen,
wie viele Zigarren, Zigarillos oder Pfeifen rauchen Sie dann im Durchschnitt?

Etwa Zigarren/Zigarillos/Pfeifen
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Habe in den letzten 30 Tagen gar keine Zigarren, Zigarillos, Pfeifen geraucht..... 0

27. Haben Sie in den letzten 12 Monaten täglich im Durchschnitt 20 oder mehr Zigaretten geraucht
(oder 10 oder mehr Zigarillos, oder 7 oder mehr Pfeifen, oder 5 oder mehr Zigarren)?

Ja 1

Nein 2

28. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Ihr Rauchverhalten.

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Nein, niemals	Ja, in den letzten 12 Monaten	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten
Haben Sie festgestellt, dass Sie wesentlich mehr rauchen mussten als früher, um die gleiche Wirkung zu erzielen?	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
Haben Sie festgestellt, dass die Wirkung des Rauchens abnahm, obwohl Sie gleich viel rauchten wie bisher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig über mehrere Tage hinweg wesentlich mehr geraucht, als Sie sich vorgenommen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie erfolglos versucht, das Rauchen über einige Tage einzuschränken oder ganz aufzugeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie Kettenraucher, d.h. rauchten Sie eine Zigarette nach der anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie wiederholt wichtige Aktivitäten wegen Rauchens über einen Zeitraum von vier Wochen oder länger aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einmal während einer ernsthaften Erkrankung weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es ratsam gewesen wäre, darauf zu verzichten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hat Rauchen bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorgerufen, wie anhaltender Husten,
Herzbeschwerden oder Probleme mit dem Blutdruck oder mit der Lunge?

Ja, in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1	Nein, niemals <input type="checkbox"/> 1
Ja, aber vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1	



Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten,
dass es bei Ihnen körperliche Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1	Nein, niemals <input type="checkbox"/> 1
Ja, aber vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/> 1	

30. Hat Rauchen Sie unruhig oder nervös gemacht oder irgendwelche anderen psychischen Beschwerden hervorgerufen?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

Wenn ja, haben Sie trotzdem weiter geraucht, obwohl Sie wussten, dass es bei Ihnen diese psychischen Beschwerden hervorrief?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

31. Wenn Sie nicht rauchten bzw. das Rauchen einstellten, einschränkten oder aufgeben wollten, hatten Sie dann eine oder mehrere der folgenden Beschwerden?

Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1	Nein, niemals 1
Niedergeschlagenheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit/Ärger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruhelosigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrations-schwierigkeiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
langsamer Herzschlag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn alles mit „Nein, niemals“ beantwortet wurde, bitte weiter mit Frage 32

Wenn mindestens einmal mit „Ja“ geantwortet wurde:

Haben Sie wieder mit dem Rauchen angefangen, um derartige Beschwerden zu vermindern oder zu vermeiden?

Ja, in den letzten 12 Monaten 1
Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1

Nein, niemals 1

An alle

32. Wie häufig halten Sie sich in Räumen auf, in denen geraucht wird?

Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Täglich oder fast täglich	2-3mal pro Woche	1mal pro Woche	2-3mal pro Monat	1mal pro Monat	Seltener als 1mal pro Monat	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Zu Hause.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Am Arbeitsplatz/Ausbildungsplatz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Freizeit (Kneipe, Bar, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Wie sehr stört es Sie, wenn andere in Ihrer Gegenwart rauchen?

Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!

Sehr Gar nicht

1 2 3 4 5

————— ————— ————— —————

Fragen zu Alkohol

34. Trinken Sie mindestens einmal im Monat Alkohol oder haben Sie früher mindestens einmal im Monat Alkohol getrunken?

Ja ₁ Nein..... ₂

Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben, mindestens einmal im Monat Alkohol zu trinken?
Wenn Sie sich nicht genau erinnern, geben Sie bitte eine Schätzung an.

War etwa Jahre alt

35. Waren Sie schon einmal so richtig betrunken?

Ja ₁ Nein..... ₂ → **Bitte weiter mit Frage 36**

Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten so richtig betrunken?

Etwa mal Überhaupt nicht..... ₀₀

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal so richtig betrunken waren?

War etwa Jahre alt

36. Wie lange ist es her, dass Sie zuletzt alkoholische Getränke, also Bier, Wein/Sekt, Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) oder alkoholhaltige Mixgetränke (z.B. Alkopops, Cocktails) getrunken haben?

Nicht länger als 30 Tage..... ₁ → **Bitte weiter mit Frage 37**

Zwischen 1 und 12 Monate..... ₂ → **Bitte weiter mit Frage 44, Seite 13**

Länger her als 1 Jahr..... ₃ → **Bitte weiter mit Frage 54, Seite 17**

Habe noch nie Alkohol getrunken..... ₄

Sie haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken.

37. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

38. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Bier getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Bier getrunken 00

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

39. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Wein oder Sekt getrunken 00

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

40. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen An keinem dieser Tage Spirituosen getrunken 00

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

41. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen An keinem dieser Tage alkoholhaltige Mixgetränke getrunken 00

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen

42. An wie vielen Tagen in den letzten 30 Tagen haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken ₀₀

43. Bitte denken Sie an die letzten 30 Tage. Was war die maximale Anzahl an Gläsern Alkohol, die Sie zu einer Gelegenheit getrunken haben, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?


Anzahl Getränke  **Bitte weiter mit Frage 50, Seite 14**

Sie haben nicht in den letzten 30 Tagen, aber in den letzten 12 Monaten Alkohol getrunken.

44. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen

45. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Bier getrunken?


An etwa Tagen  Nie ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie Bier trinken, wie viel Bier trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser/Dosen/Flaschen (0,2 bis 0,33 Liter)

Anzahl große Gläser/Dosen/Flaschen (0,4 bis 0,5 Liter)

46. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Wein oder Sekt getrunken?

An etwa Tagen  Nie ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie Wein oder Sekt trinken, wie viel Wein oder Sekt trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser (0,2 bis 0,25 Liter)

47. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie Spirituosen (z.B. Schnaps, Cognac, Whisky, Likör) getrunken?

An etwa Tagen Nie ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie Spirituosen trinken, wie viel Spirituosen trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl kleine Gläser („Einfacher“ = 0,02 Liter)

Anzahl große Gläser („Doppelter“ = 0,04 Liter)

48. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie alkoholhaltige Mixgetränke getrunken?

Gemeint sind hier alle alkoholhaltigen Mixgetränke, z.B. Alkopops, Longdrinks (z.B. Wodka-Lemon), Cocktails (z.B. Caipirinha) oder Bowle.

An etwa Tagen Nie ₀₀

An so einem Tag, an dem Sie alkoholhaltige Mixgetränke trinken, wie viele solcher Mixgetränke trinken Sie dann im Durchschnitt?

Anzahl Gläser bzw. Flaschen

49. An wie vielen Tagen in den letzten 12 Monaten haben Sie 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken, egal ob Bier, Wein/Sekt, Spirituosen oder alkoholhaltige Mixgetränke?

An etwa Tagen


An keinem Tag 5 oder mehr Gläser Alkohol getrunken ₀₀

50. Wie oft ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass ...

 Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	Nie	Seltener als 1mal im Monat	Jeden Monat	Jede Woche	Jeden Tag oder fast jeden Tag
	1	2	3	4	5
... Sie nicht mehr aufhören konnten zu trinken, nachdem Sie einmal angefangen hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Ihren Verpflichtungen nicht mehr nachkommen konnten, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie morgens erst mal ein Glas Alkohol gebraucht haben, um in die Gänge zu kommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie Schuldgefühle oder ein schlechtes Gewissen hatten, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie nicht in der Lage waren, sich an Dinge zu erinnern, weil Sie zuviel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Ist es schon einmal vorgekommen, dass ...

 Bitte kreuzen Sie **in jeder Zeile** an, was auf Sie zutrifft!

	Nein 1	Ja, in den letzten 12 Monaten 1	Ja, aber vor mehr als 12 Monaten 1
... sich ein Verwandter, Freund oder Arzt Sorgen gemacht hat, weil Sie zu viel trinken, oder Ihnen geraten hat, weniger zu trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Sie sich mal verletzt haben, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schon mal jemand anderes verletzt wurde, weil Sie zu viel getrunken hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>


52. Im Folgenden ist eine Reihe von Aussagen über die Wirkung von Alkohol beschrieben. Ist zu erwarten, dass Alkohol bei Ihnen in der jeweils beschriebenen Art und Weise wirkt?

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

Wenn ich Alkohol getrunken habe...	Keines- falls 1	Wahr- scheinlich nicht 2	Viel- leicht 3	Ziemlich wahr- scheinlich 4	Ganz sicher 5
... finde ich alles irgendwie lustiger, auf jeden Fall lache ich mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich keinen klaren Gedanken mehr fassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich meine Probleme und Sorgen vergessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich in ausgelassener Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... steigt mein Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich lockerer und ungezwungener	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich besser abschalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... fällt es mir leichter, auf andere Menschen zuzugehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kann ich einer Unterhaltung nicht mehr richtig folgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... genieße ich Sex noch mehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lassen Schmerzen, die ich habe, deutlich nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich Schwierigkeiten, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich schneller aggressiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich reizbar und aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... empfinde ich stärker beim Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich nicht mehr so schüchtern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... werde ich träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bin ich nicht mehr so verspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... breche ich eher einen Streit vom Zaun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... habe ich mehr Lust auf Sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Die folgenden Fragen beschreiben verschiedene Situationen, in denen Leute gelegentlich Alkohol trinken. Bitte beurteilen Sie möglichst ehrlich, wie gut Sie in jeder Situation widerstehen könnten, Alkohol zu trinken.

Könnten Sie dem Konsum alkoholischer Getränke widerstehen...

 Bitte machen Sie *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Keines- falls 1	Wahr- scheinlich nicht 2	Viel- leicht 3	Ziemlich wahr- scheinlich 4	Ganz sicher 5
...wenn Sie zum Essen ausgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Ihnen jemand Alkohol anbietet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Ihr (Ehe-) Partner Alkohol trinkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Ihre Freunde Alkohol trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie in einer Kneipe, Bar oder in einer Diskothek sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie verärgert sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie frustriert sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie sich Sorgen machen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie aufgebracht sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie sich niedergeschlagen fühlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie nervös sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie zu Mittag essen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie auf dem Weg von der Arbeit nach Hause sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie Musik hören oder lesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie allein sind.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...wenn Sie vom Sport kommen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...gleich wenn Sie zu Hause ankommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Drogen

54. Hat Ihnen schon mal jemand Drogen angeboten?

- Nein, nie 1
- Ja, einmal 1
- Ja, mehrmals 1

55. Welche der folgenden Drogen haben Sie schon einmal probiert?

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft!

- Cannabis (Haschisch, Marihuana) 1
- Aufputzmittel, Amphetamine
- Ecstasy
- LSD
- Heroin
- Andere Opiate (z.B. Codein, Methadon, Opium, Morphinum)
- Kokain
- Crack
- Spice, Smoke, Space o.a.
- Ich habe bisher keine dieser Drogen probiert

56. Haben Sie schon einmal Schnüffelstoffe als Rauschmittel probiert?

- Nein 2
- Ja 1

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

- Klebstoffe 1
- Lösungsmittel
- Treibgase

57. Haben Sie schon einmal Pilze als Rauschmittel probiert?

- Nein 2
- Ja 1

Bitte kreuzen Sie **alles** an, was auf Sie zutrifft:

- Fliegenpilze 1
- Magic Mushrooms (Psilocybin) 1

58. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Ich habe Drogen:

...schon irgendwann mal probiert 1 **Bitte weiter mit Frage 59**

...noch nie probiert 2 **Bitte weiter mit Frage 74, Seite 22**

64. Wenn Sie jetzt an die letzten 30 Tage denken:

An wie vielen Tagen haben Sie da die folgenden Drogen genommen?

	In den letzten 30 Tagen	
	Habe ich genommen	Habe ich <u>nicht</u> genommen ¹
Cannabis (Haschisch, Marihuana)	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Aufputschmittel, Amphetamine	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Ecstasy	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
LSD	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Heroin	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Andere Opiate	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Kokain	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Crack	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Schnüffelstoffe	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Pilze	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>
Spice, Smoke, Space o.a.	an <input type="text"/> Tagen	<input type="checkbox"/>

65. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Cannabis (Haschisch/Marihuana) konsumiert?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage 68

66. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.

Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nie oder beinahe nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer oder fast immer 4
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Cannabis nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Cannabis zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Cannabis Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Cannabis aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

67. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Cannabis zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig 1	Ein bisschen schwierig 2	Ziemlich schwierig 3	Sehr schwierig 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Kokain konsumiert?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage 71

69. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nie oder beinahe nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer oder fast immer 4
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Kokain nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, kein Kokain zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Kokain Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Kokain aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Kokain zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig 1	Ein bisschen schwierig 2	Ziemlich schwierig 3	Sehr schwierig 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Bitte kreuzen Sie noch einmal an, was auf Sie zutrifft:

Haben Sie in den letzten 12 Monaten Amphetamine konsumiert?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage 74, Seite 22

72. Wenn Sie jetzt an die letzten 12 Monate denken.

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

In den letzten 12 Monaten

	Nie oder beinahe nie 1	Manchmal 2	Oft 3	Immer oder fast immer 4
Hatten Sie den Eindruck, dass Sie den Konsum von Amphetaminen nicht mehr unter Kontrolle hatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie besorgt oder nervös bei der Vorstellung, keine Amphetamine zu konsumieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Machten Sie sich wegen des Konsums von Amphetaminen Sorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie den Wunsch, mit dem Konsum von Amphetaminen aufzuhören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Wie schwierig fanden Sie es, in den letzten 12 Monaten auf Amphetamine zu verzichten oder ganz aufzuhören?

Überhaupt nicht schwierig 1	Ein bisschen schwierig 2	Ziemlich schwierig 3	Sehr schwierig 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zu Wetten oder Spielen mit Geldeinsatz

74. Haben Sie an den folgenden Wetten bzw. Glücksspielen teilgenommen?

Kreuzen Sie bitte **in jeder Zeile** alles Zutreffende an!

	Nein, niemals	Ja, vor mehr als 12 Monaten	Ja, in den letzten 12 Monaten	Weniger als einmal pro Woche	Ein bis mehrmals pro Woche
	1	1	1	1	1
A Fernsehlotterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B Klassenlotterie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C Lotto/Toto/Keno/Zusatzlotterie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D Quicky (nur in Niedersachsen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E Lose (Brief- und Rubbellose).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F Sportwetten in Annahmestellen (Oddset)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G Sportwetten im Internet (ausländische Anbieter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H Pferdewetten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K Geldspielautomaten („Daddelautomaten“) in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M AutomatenSpiel im Spielcasino (kleines Spiel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
N Roulette/AutomatenSpiel im Internet (Internetspielcasino).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ➔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Tragen Sie in das Kästchen bitte den Buchstaben (aus Frage 74) des Glücksspiels ein, das für Sie in den letzten 12 Monaten die größte Bedeutung hatte (z.B. „H“ für Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten etc.).

Buchstabe

Habe in den letzten 12 Monaten an keiner dieser Wetten oder Glücksspiele teilgenommen..... ➔

Bitte weiter mit Frage S1, Seite 25

76. Haben Sie in den letzten 12 Monaten mehr als 50 Euro pro Monat insgesamt bei den in Frage 74 genannten Wetten bzw. Glücksspielen eingesetzt?

Ja ₁

Nein..... ₂ ➔

Bitte weiter mit Frage 80, Seite 24

77. Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 74 aufgeführt sind.

Bitte machen Sie **in jede Zeile** ein Kreuz!

	In den letzten 12 Monaten	
	Ja 1	Nein 2
Gab es Phasen, in denen Sie sehr viel Zeit damit verbrachten, über Ihr vergangenes oder zukünftiges Glücksspielen nachzudenken/zu grübeln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie oft über Möglichkeiten nachgedacht, wie Sie den Geldeinsatz für Glücksspiele beschaffen könnten (z.B. durch Kredit, Leihgabe durch Freunde oder Verwandte, Diebstahl)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung Frage 77

Bitte geben Sie für alle Aussagen an, ob diese in den letzten 12 Monaten auf Sie zutreffen. Unter dem Sammelbegriff Glücksspiel sind alle Wetten und Spiele zu verstehen, die in Frage 74 aufgeführt sind.

In den letzten 12 Monaten

 Bitte machen Sie **in jede Zeile ein Kreuz!**

Ja **Nein**
1 2

Gab es Zeiten, in denen Sie häufiger als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu erleben (z.B. durch längeres und/oder häufigeres Spielen)?

Gab es Phasen, in denen Sie mit größeren Geldbeträgen oder höheren Einsätzen als vorher spielen mussten, um denselben Reiz beim Glücksspiel zu verspüren (z.B. indem Sie immer mehr Geld für das Glücksspiel ausgegeben haben)?

Haben Sie mehrmals versucht, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder zu kontrollieren und das als schwierig empfunden?

Haben Sie mehrmals ohne Erfolg versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören?

Haben Sie sich unruhig oder reizbar gefühlt, nachdem Sie versucht hatten, Ihr Glücksspielen zu reduzieren oder ganz damit aufzuhören?

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie gespielt haben, um persönlichen Problemen zu entfliehen?

Hatten Sie den Eindruck, dass Ihnen Ihr Glücksspielen geholfen hat, unangenehme Gefühle wie Angst oder Depression zu mildern?

Ist es öfter vorgekommen, dass Sie Geld verloren haben und innerhalb weniger Tage erneut gespielt haben, um das verlorene Geld wiederzugewinnen?

Ist es vorgekommen, dass Sie große Spielschulden hatten und Sie dann immer häufiger gespielt haben in der Hoffnung, Ihre Verluste wieder zurück zu gewinnen?

Haben Sie Familienmitglieder, Freunde, Mitarbeiter oder Lehrer oft angelogen, wenn es um das Ausmaß Ihres Glücksspielens oder um die Höhe Ihrer Spielschulden ging?

Haben Sie Ihr Glücksspielen gegenüber anderen (z.B. Familienmitgliedern) oft verheimlicht oder versucht, es zu verheimlichen?

Es kommt vor, dass Personen einen Scheck fälschen oder etwas stehlen, um ihr Glücksspiel zu finanzieren. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

Es kommt vor, dass Personen etwas Illegales tun, etwa Veruntreuung oder Betrug, um Geld für das Glücksspielen zu haben. Ist dies bei Ihnen in den letzten 12 Monaten vorgekommen?

Gab es Phasen, in denen Ihr Glücksspielen zu Problemen in der Beziehung zu Ihrer Familie, Ihren Freunden, Mitarbeitern oder Lehrern geführt hat?

Haben Sie wegen Ihres Glücksspielens Arbeits- oder Schultage, soziale Aktivitäten oder Familienaktivitäten versäumt?

Haben Sie andere Personen wegen Ihrer finanziellen Probleme durch das Glücksspielen gebeten, Ihnen Geld zu leihen?

Haben Sie andere Ihre Glücksspielschulden bezahlen lassen (d.h. sich aus der Klemme helfen lassen), wenn Sie wegen Ihrer finanziellen Lage verzweifelt waren?


78. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten wegen Glücksspielproblemen in Beratung oder Behandlung?

- Gar nicht 6
- 1 mal 1
- 2 bis 10 mal..... 2
- 11 bis 20 mal..... 3
- 21 bis 30 mal..... 4
- 30 mal und häufiger 5

79. Wie häufig waren Sie in den letzten 12 Monaten in einer Selbsthilfegruppe für Menschen mit Glücksspielproblemen?


- Gar nicht 6
- 1 mal 1
- 2 bis 10 mal..... 2
- 11 bis 20 mal..... 3
- 21 bis 30 mal..... 4
- 30 mal und häufiger 5

80. Denken Sie noch einmal an die letzten 12 Monate. Bitte versuchen Sie zu schätzen, wie viel Euro pro Monat Sie durchschnittlich bei den folgenden Wetten bzw. den folgenden Glücksspielen eingesetzt bzw. verloren haben.

 Bitte geben Sie die eingesetzten Beträge auf ganze Euro gerundet an!
 Falls Sie keine Beträge eingesetzt haben, tragen Sie eine „0“ ein!

**Eingesetzt
 durchschnittlich
 pro Monat
 in Euro**

- Fernsehloterie
- Klassenlotterie.....
- Lotto/Toto/Keno/Zusatzlotterie
- Quicky (nur in Niedersachsen).....
- Lose (Brief- und Rubellose)
- Sportwetten in Annahmestellen (Oddset).....
- Sportwetten im Internet (ausländische Anbieter)
- Pferdewetten

 Bitte geben Sie die verlorenen Beträge auf ganze Euro gerundet an!
 Falls Sie keine Beträge verloren haben, tragen Sie eine „0“ ein!

**Verloren
 durchschnittlich
 pro Monat
 in Euro**

- Geldspielautomaten („Daddelautomaten“)
 in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben
- Roulette, Black Jack, Poker etc. im Spielcasino (großes Spiel).....
- Automatenspiel im Spielcasino (kleines Spiel).....
- Roulette/Automatenspiel im Internet (Internet-Spielcasino).....
- Pokerturniere/Kartenspiele im Internet (mit Geldeinsatz)
- Illegales Glücksspiel („Hinterzimmer“)

Die folgenden Fragen beziehen sich nur auf das Spielen an Geldspielautomaten in Spielhallen, Gaststätten, Imbissstuben etc., nicht auf Automaten Spiele in Spielcasinos.

81. Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Geldspielautomaten gespielt?

Ja 1

Nein..... 2

Bitte weiter mit Frage S1

Wenn Sie an die letzten 3 Monate denken: Wie viele Stunden oder Minuten haben Sie im Durchschnitt pro Woche an einem Geldspielautomaten gespielt?

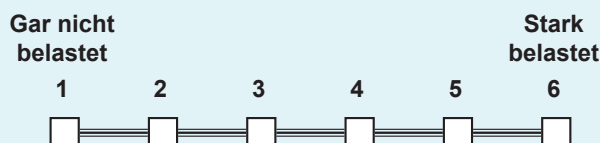
*Benutzen Sie bitte nur eine Zeitkategorie, also **entweder** Stunden **oder** Minuten!*

Durchschnittlich pro Woche: etwa Stunden oder etwa Minuten

Habe in den letzten 3 Monaten seltener als einmal pro Monat gespielt..... 995

82. Wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet, dass Sie an einem Geldspielautomaten spielen?

*Kreuzen Sie bitte **nur ein** Kästchen an!*



Zum Schluss noch einige statistische Fragen, die für die Auswertung der Studienergebnisse wichtig sind.

S 1 Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

*Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

Schüler/in, besuche eine allgemein bildende Vollzeitschule..... 1

Schüler/in, besuche eine berufsorientierte Aufbau-, Fachschule o.ä. 2

Bitte weiter mit Frage S2

Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 3

Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)..... 4

Realschulabschluss (Mittlere Reife) 5

Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse) 6

Bitte weiter mit Frage S3

Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule..... 7

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) 8

Einen anderen Schulabschluss 9

S 2 Welchen allgemein bildenden Schulabschluss streben Sie an?

*Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!*

Hauptschulabschluss 1

Mittlere Reife, Realschulabschluss, Fachschulreife 2


Fachhochschulreife, Abschluss einer Fachoberschule 3

Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife 4

einen anderen Schulabschluss 5


Bitte weiter mit Frage S4

S 3 Welchen höchsten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!


- Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Auszubildende/r 1
- Noch in beruflicher Ausbildung, d.h. Student/in 2
- Keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung..... 3
- Beruflich-betriebliche Berufsausbildung (Lehre) abgeschlossen 4
- Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen 5
- Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule,
Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen 6
- Fachhochschulabschluss 7
- Hochschulabschluss 8
- Einen anderen beruflichen Abschluss 9

S 4 Welche Form der Erwerbstätigkeit üben Sie zur Zeit hauptsächlich aus?

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Voll erwerbstätig 1
- Teilzeitbeschäftigt 2
- Altersteilzeit (unabhängig davon in welcher Phase befindlich) 3
- Geringfügig erwerbstätig, Mini-Job 4 Bitte weiter mit Frage S 7
- „Ein-Euro-Job“ (bei Bezug von Arbeitslosengeld 2) 5
- Gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt..... 6
- Berufliche Ausbildung/Lehre 7
- Wehrdienst/Zivildienst..... 8 Bitte weiter mit Frage S 8
- Umschulung 9
- Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit, oder sonstige
Beurlaubung (Altersteilzeit unter 3 angeben)..... 10 Bitte weiter mit Frage S 5
- Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler und Studenten,
die nicht gegen Geld arbeiten, Arbeitslose, Vorruheständige,
Rentner ohne Nebenverdienst) 11

S 5 Geben Sie bitte an, zu welcher der nachfolgenden Gruppen Sie gehören.


 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!

- Schüler/in an einer allgemein bildenden Schule 1
- Student/in..... 2 Bitte weiter mit Frage S 7
- Renter/in, Pensionär/in, im Vorruhestand 3
- Arbeitslos 4
- Hausfrau/Hausmann 5 Bitte weiter mit Frage S 6
- Sonstiges 6

S 6 Waren Sie früher einmal voll- oder teilzeiterwerbstätig?

- Ja 1
- Nein..... 2 Bitte weiter mit Frage S 8

S 7 In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit hauptsächlich beschäftigt?
Wenn Sie nicht mehr oder derzeit nicht berufstätig sind, geben Sie bitte die berufliche Stellung an, die Sie zuletzt innehatten.

 Bitte machen Sie nur **ein** Kreuz!




- A Ungelernte/r Arbeiter/in 1
- B Angelernte/r Arbeiter/in 2
- C Gelernte/r Arbeiter/in und Facharbeiter/in 3
- D Vorarbeiter/in, Kolonnenführer/in, Meister/in, Polier/in, Brigadier/in 4

- E Angestellte/r mit einfacher Tätigkeit oder Beamter/in im einfachen Dienst
 (z.B. Verkäufer/in, Busfahrer/in, Beamte bis einschl. Oberamtsmeister/in) 5
- F Industrie- und Werkmeister/in im Angestelltenverhältnis 6
- G Angestellte/r mit qualifizierter Tätigkeit oder Beamter/in im mittleren Dienst
 (z.B. Sachbearbeiter/in, Beamte von Assistent/in bis einschl. Hauptsekretär/in, Amtsinspektor/in) 7
- H Angestellte/r mit hoch qualifizierter Tätigkeit oder Beamter/in im gehobenen Dienst
 (z.B. wissenschaftlicher Mitarbeiter/in, Beamte von Inspektor/in bis einschl. Oberamtsrat/rätin) 8
- K Angestellte/r mit umfassenden Führungsaufgaben oder Beamter/in im höheren Dienst
 (z.B. Direktor/in, Betriebsleiter/in, Beamte von Rat/Rätin aufwärts) 9

- L Freiberufliche/r, selbständige/r Akademiker/in, freischaffende/r Künstler/in 10
- M Selbständige/r in Landwirtschaft, Forstwirtschaft, Tierzucht, Fischerei (früher auch LPG) 11
- N Sonstige/r Selbständige/r mit keinen bzw. mit bis zu 9 Mitarbeitern 12
- O Sonstige/r Selbständige/r mit 10 und mehr Mitarbeitern 13

- P Mithelfende/r Familienangehörige/r 14
- Q Berufliche Ausbildung/Lehre 15
- R Sonstige (z.B. Schüler/in, Student/in, Praktikant/in) 16

S 8 Sind Sie der/die Hauptverdiener/in in Ihrem Haushalt, d.h. tragen Sie mit Ihrem Einkommen den Hauptteil zum Haushaltseinkommen bei?


- Ja 1  Bitte weiter mit Frage S 10
- Es gibt keine/n Hauptverdiener/in 2 
- Nein 3  Bitte weiter mit Frage S 9

S 9 In welcher beruflichen Stellung ist bzw. war der/die Hauptverdiener/in Ihres Haushalts zuletzt beschäftigt?
Verwenden Sie dazu bitte die Vorgaben aus der Frage S 7 und tragen Sie den zutreffenden Kennbuchstaben ein!

Buchstabe

S 10 Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushalts 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, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu und ziehen Sie dann Steuern und Sozialversicherungsbeiträge ab.

 Wenn Sie es nicht genau wissen, schätzen Sie bitte!

- bis unter 500 Euro 1
- 500 bis unter 750 Euro 2
- 750 bis unter 1.000 Euro 3
- 1.000 bis unter 1.250 Euro 4
- 1.250 bis unter 1.500 Euro 5
- 1.500 bis unter 1.750 Euro 6
- 1.750 bis unter 2.000 Euro 7
- 2.000 bis unter 2.250 Euro 8
- 2.250 bis unter 2.500 Euro 9
- 2.500 bis unter 3.000 Euro 10
- 3.000 bis unter 4.000 Euro 11
- 4.000 bis unter 5.000 Euro 12
- 5.000 Euro und mehr 13

S 11 Haben Sie den Fragebogen alleine ausgefüllt?

- Ja, alleine ausgefüllt 1
- Nein, nicht alleine ausgefüllt 2

S 12 Vielen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit. Bitte tragen Sie hier abschließend noch das Datum ein:

. 2009

Tag Monat

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Zum Abschluss noch eine Bitte: Überprüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Falls Sie Fragen vergessen haben, versuchen Sie bitte, diese noch zu vervollständigen.

Den ausgefüllten Fragebogen schicken Sie bitte im beiliegenden portofreien Rückumschlag an:

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH
Postfach 24 01 01
53154 Bonn