

Teilnehmernummer:

Fragebogen

Nationale Verzehrsstudie II

"WAS ESSE ICH"


Die bundesweite Erhebung zur Ernährung
von Jugendlichen und Erwachsenen



Ernährung und Einkauf

1. Zunächst möchten wir Sie bitten, einige allgemeine Angaben zum Einkaufen und Essen zu machen.

Wie häufig achten Sie bei Ihrer Ernährung auf . . . ?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!


	(Fast) Immer	Häufig	Selten	Nie
Energiegehalt (Kilokalorien bzw. Kilojoule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eiweißgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kohlenhydratgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ballaststoffgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamingehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralstoffgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kochsalzgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cholesteringehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichendes Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie oft essen oder trinken Sie die folgenden rohen, nicht erhitzten Lebensmittel?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

	Täglich	4 - 6 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Monat	1 - 2 mal im Viertel- jahr oder seltener	Nie	Weiß nicht
Rohe Eier (z.B. in Tiramisu, selbstgemachtem Speiseeis oder Mayonnaise)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohmilch (direkt vom Bauern, Vorzugsmilch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse aus Rohmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohes Fleisch (z.B. Hackepeter, Tatar, Schabefleisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräucherte / luftgetrocknete Wurst (z.B. Salami, geräucherter Schinken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohen Fisch / rohe Muscheln (z.B. Sushi, Sashimi, Austern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heißgeräucherten Fisch (z.B. Lachs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wo informieren Sie sich über Ernährung? Bitte geben Sie mit Hilfe der Skala an, wie häufig Sie die folgenden Informationsquellen im vergangenen Jahr genutzt haben.

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

Ich informiere mich gar nicht → **Bitte weiter mit Frage 4!**

	Täglich	1 mal bis mehr- mals pro Woche	Mehr- mals pro Monat	1 mal pro Monat und weniger	Nicht genutzt
Volkshochschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schule, Unterricht, Studium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatz / Kollegen(innen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., aid Infodienst e.V. oder andere Vereine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbraucherzentralen und deren Beratungsstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits- / Lebensmittelüberwachungs- / Veterinäramt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsbroschüren / -blätter von der Industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angaben auf Lebensmittelverpackungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde und Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Kindern gelernte oder mitgebrachte Informationen (Schule, Kindergarten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitungen / Wochenzeitung / Wochenmagazin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fachzeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werbung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen (z.B. „Gesundheitsmagazin Praxis“)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fach- / Kochbücher, die speziell auf Ernährungsfragen eingehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet, SMS-Infonachrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankenkasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt / Ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker / in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heilpraktiker / in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie lange dauern Ihre Mahlzeiten durchschnittlich an Werktagen und wie lange durchschnittlich am Wochenende bzw. an Feiertagen?

	An Werktagen		Esse ich selten / nie	Am Wochenende bzw. an Feiertagen		Esse ich selten/ nie
	Dauer	Minuten pro Tag		Dauer	Minuten pro Tag	
Frühstück		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmahlzeit (Vormittag)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Mittagessen / Brunch		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischenmahlzeit (Nachmittag)		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Spätmahlzeit		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Genauere Angaben sind schwierig, da ich häufig sehr unterschiedlich esse			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

5. Essen Sie mittags in der Kantine / (Schul-) Mensa?

Ja → **Bitte weiter mit Frage 6!**

Nein → **Bitte weiter mit Frage 7!**

Haben keine Kantine / (Schul-) Mensa

6. Warum essen Sie mittags in der Kantine / (Schul-) Mensa?

 **Mehrere Antworten sind möglich!**

- Ich habe am Arbeitsplatz keine Möglichkeit, mir ein Mittagessen zuzubereiten
(z.B. keine Teeküche vorhanden)
- Um zusammen mit Kollegen oder Freunden zu essen
- Zu Hause müsste ich alleine essen
- Selber kochen ist zu aufwendig bzw. ich kann nicht selber kochen
- Das Essen schmeckt mir
- Ich brauche mittags eine warme Mahlzeit bzw. ich bin mittags an eine warme
Mahlzeit gewöhnt
- Ist in der Nähe
- Ist billiger / günstiger
- Es ist bequem
- Zeitersparnis
- Zu Hause wird nicht gekocht
- Schüler, weil ich Nachmittagsunterricht habe und mittags nicht nach Hause komme

7. Welches Speisesalz verwenden Sie hauptsächlich?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

- Normales Salz (ohne Zusätze)
- Jodiertes Salz
- Fluoridiertes und jodiertes Salz
- Fluoridiertes, jodiertes und mit Folsäure angereichertes Salz
- Meersalz
- Jodiertes Meersalz
- Gewürzsalz (z.B. Kräutersalz oder Knoblauchsatz)
- Natriumarmes Salz (Kaliumsalz)
- Ich verwende kein Salz
- Weiß nicht

8. Wie oft salzen Sie Ihre Speisen nach?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!


- (Fast) Immer
- Häufig
- Selten
- Nie

9. Zu welchen Gelegenheiten trinken Sie alkoholische Getränke?

 **Mehrere** Antworten sind möglich!

- Zu festlichen / familiären Anlässen (Geburtstag, Hochzeit etc.)
- Auf Partys, Volksfesten, in der Disko
- Im Verein (Fußball, Kegeln etc.)
- In der Kneipe / beim Frühschoppen
- Wenn ich mich mit Freunden / Bekannten treffe
- Wenn die Familie abends zusammensitzt
- Wenn ich allein zu Hause bin
- Beim Fernsehen
- Bei Stress
- Wenn ich Probleme habe
- Bei einer Magen- oder Darmverstimmung / für den Kreislauf / bei Erkältung
- Im Urlaub
- Im Restaurant
- Zu Hause beim Essen
- Ich trinke nie alkoholische Getränke
- Weiß nicht

10. Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Punkte beim Kauf von Lebensmitteln?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringer Preis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertigprodukte (z.B. Tiefkühlgemüse, Pizza, Soßen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfache Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindesthaltbarkeitsdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenig Zusatzstoffe (wie z.B. Farb- oder Konservierungsstoffe, Geschmacksverstärker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche Anreicherung mit Vitaminen oder Mineralstoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewohnheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Markenprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine gentechnisch veränderten Lebensmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saisonalität (z.B. Erdbeeren nur im Sommer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verpackung lässt sich leicht öffnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringes Gewicht der Verpackung (z.B. Kunststoff- anstelle von Glasflaschen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökologische bzw. umweltfreundliche Verpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angabe der Inhalts- bzw. Nährstoffe (z.B. Fett, Eiweiß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubereitungshinweise auf der Verpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produkte aus der Region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezialitäten anderer Regionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorte, Rasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökologische Erzeugung, Bioprodukte, Biosiegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus artgerechter Tierhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fair gehandelte Produkte (z.B. Kaffee aus Nicaragua)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Laden leicht erreichbar (z.B. in Augenhöhe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Läden in meiner Nähe erhältlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Angenommen, Sie hätten in Zukunft (deutlich) weniger Geld für Lebensmittel zur Verfügung:

Was würden Sie beim Lebensmitteleinkauf ändern?

 *mehrere Antworten sind möglich!*

- Verstärkt preiswertere Lebensmittel einkaufen
("No-Name"-Produkte anstelle von Markenprodukten)
- Verstärkt Sonderangebote einkaufen
- Einkauf im Discounter (z.B. Aldi, Lidl) statt im Fachgeschäft
(z.B. Metzger, Bäcker)
- Lebensmittel mit einem anderen Verarbeitungsgrad kaufen
(z.B. Dosengemüse statt frisches Gemüse)
- Es würde sich nichts ändern
- Weiß nicht

12. Angenommen, Sie hätten in Zukunft (deutlich) weniger Geld für Lebensmittel zur Verfügung:


Auf welche der folgenden Lebensmittel würden Sie ganz verzichten bzw. welche Lebensmittel würden Sie weniger essen / trinken?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

	Würde ich verzichten	Würde ich nicht verzichten	Würde ich weniger essen / trinken	Esse / trinke ich nicht
Frischen Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfrischungsgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Sekt, Champagner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirituosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pralinen / Schokoladenkonfekt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delikatessen (z.B. Kaviar, Hummer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Südfrüchte (z.B. Mango, Ananas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchen, Torten (z. B. vom Bäcker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Angenommen, Sie hätten in Zukunft (deutlich) weniger Geld für Lebensmittel zur Verfügung:

Wie häufig würden Sie bei den folgenden Lebensmitteln bzw. Lebensmittelgruppen beim Einkauf auf preisgünstigere Alternativen (z.B. Sonderangebote, "No-Name"-Produkte) zurückgreifen?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

	(Fast) Immer	Häufig	Selten	Nie	Esse / trinke ich nicht
Brot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreideprodukte, z.B. Müsli, Cornflakes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teigwaren, Reis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte, Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte (außer Käse), z.B. Joghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßwaren, Schokolade, Eis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweine- oder Rindfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurstwaren, Fleischwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch und Fischerzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wie wichtig sind die folgenden Lebensmittel bzw. Produkte Ihrer Meinung nach für eine gesunde Ernährung?

 Bitte kreuzen Sie nur die Produkte an, die Sie für gesund erachten!

	Sehr wichtig	Wichtig	Weniger wichtig	Unwichtig
Kaffee, schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräuter- und Früchtetee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralwasser, Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruchtsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfrischungsgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Light Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholische Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerteigbrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hülsenfrüchte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ölsamen (Nüsse, Mandeln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchte, Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettreduzierte Milch und Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rindfleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweinefleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geflügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettreduzierte Wurst- und Fleischwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch und Fischerzeugnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Butter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Margarine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivenöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßstoff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionelle Lebensmittel (functional food) wie z.B. probiotische Joghurts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bioprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamine in Form von Kapseln, Tabletten oder Pulver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralstoffe in Form von Kapseln, Tabletten oder Pulver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Kaufen Sie Bioprodukte? (Produkte aus ökologischem Anbau bzw. aus ökologischer Erzeugung)

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Ja → **Bitte weiter mit Frage 16!**

Nein → **Bitte weiter mit Frage 17!**

Weiß nicht

16. Wie häufig kaufen Sie folgende Lebensmittel(-gruppen) als Bioprodukte?

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen ankreuzen!

	(Fast) Immer	Häufig	Selten	Nie	Esse / trinke ich nicht
Brot und Backwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreide und Getreideprodukte (z.B. Müsli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kartoffeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milch und Milchprodukte (inkl. Käse, Joghurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch und Wurstwaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fertigprodukte (z.B. Tiefkühlgemüse, Pizza, Soßen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Wo lagern Sie vorwiegend in Ihrem Kühlschrank Fleisch oder Fisch?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Oben	<input type="checkbox"/>
Mitte	<input type="checkbox"/>
Unten	<input type="checkbox"/>
Gemüsefach	<input type="checkbox"/>
Unterschiedlich	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Ich lagere kein Fleisch oder Fisch in meinem Kühlschrank (z.B. Vegetarier)	<input type="checkbox"/>

18. Wo lagern Sie vorwiegend in Ihrem Kühlschrank Obst oder Gemüse?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Oben	<input type="checkbox"/>
Mitte	<input type="checkbox"/>
Unten	<input type="checkbox"/>
Gemüsefach	<input type="checkbox"/>
Unterschiedlich	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>
Ich lagere kein Obst oder Gemüse in meinem Kühlschrank	<input type="checkbox"/>

19. Wie tauen Sie vorwiegend tiefgefrorenes Fleisch oder Geflügel auf?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

- Bei Raumtemperatur
- Im Kühlschrank
- In der Mikrowelle
- Im Wasserbad
- Unterschiedlich
- Ich taue nie tiefgefrorenes Fleisch oder Geflügel auf

20. Seit einiger Zeit befinden sich Joghurts auf dem Markt, die als probiotisch bezeichnet werden. Welche der folgenden Beschreibungen trifft Ihrer Ansicht nach darauf zu?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

- Probiotischer Joghurt ist wärmebehandelt, um die Haltbarkeit ohne Zusätze von Konservierungsmitteln zu ermöglichen
- Probiotischer Joghurt enthält neben lebenden Joghurtkulturen extra zugesetzte Bakterien, die die menschliche Darmflora günstig beeinflussen
- Probiotischer Joghurt wird nur mit Milch aus ökologischer Tierhaltung hergestellt
- Weiß nicht

21. Seit einiger Zeit befinden sich ACE-Getränke auf dem Markt. Welche der folgenden Beschreibungen trifft Ihrer Ansicht nach auf diese Lebensmittel zu?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

- ACE-Getränke sind Getränke, die einen Extrakt aus Apfelsaft, Citronensaft und Erdbeersaft enthalten
- ACE-Getränke sind Getränke, die mit den Vitaminen **A, C** und **E** angereichert sind
- ACE-Getränke sind länger haltbar, da sie mit den Konservierungsstoffen E262 (Ameisensäure), E203 (Calciumsorbat) und E214 (Ethyl-4-hydroxybenzoesäure) versetzt sind
- Weiß nicht

22. Was beinhaltet die Kampagne "5 am Tag"?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

- 5 Mahlzeiten am Tag essen
- 5 Portionen Gemüse und Obst am Tag essen
- 5 Scheiben Vollkorn-Brot am Tag essen
- Weiß nicht

23. Welche der unten gezeigten Qualitätszeichen (Gütesiegel) bzw. Qualitätsprogramme sind Ihnen bekannt?

 Bitte kreuzen Sie die Qualitätszeichen an, die Sie **kennen!**

- 1 Bio-Siegel
- 2 DLG-Prämierungszeichen
- 3 CMA-Gütezeichen
- 4 QS-Zeichen
- 5 Trans Fair
- 6 Bioland
- Keines der angeführten



24. Schätzen Sie bitte, wie viele Kilokalorien Sie pro Tag im Durchschnitt benötigen?

--	--	--	--

 kcal / Tag

Weiß nicht

25. Wie schätzen Sie die Sicherheit - im Sinne von unbedenklich, gesund oder unbelastet - von gentechnisch veränderten Lebensmitteln oder Zutaten im Vergleich zu herkömmlichen Lebensmitteln ein?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Gentechnisch veränderte Lebensmittel oder Zutaten -

- bieten mehr Sicherheit als herkömmliche Lebensmittel
- bieten die gleiche Sicherheit wie herkömmliche Lebensmittel
- bieten weniger Sicherheit als herkömmliche Lebensmittel
- Weiß nicht

26. Wie schätzen Sie die Sicherheit - im Sinne von unbedenklich, gesund oder unbelastet - von zur Haltbarmachung bestrahlten Lebensmitteln oder Zutaten im Vergleich zu herkömmlichen Lebensmitteln ein?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Bestrahlte Lebensmittel oder Zutaten -


- bieten mehr Sicherheit als herkömmliche Lebensmittel
- bieten die gleiche Sicherheit wie herkömmliche Lebensmittel
- bieten weniger Sicherheit als herkömmliche Lebensmittel
- Weiß nicht

27. Bauen Sie im Garten eines der folgenden Lebensmittel an?


 **Mehrere** Antworten sind möglich!


- Obst (z.B. Kirschen, Äpfel)
- Beerenfrüchte (z.B. Erdbeeren, Johannisbeeren)
- Nüsse (z.B. Haselnüsse)
- Gemüse / Salate (z.B. Tomaten, Bohnen, Kopfsalat)
- Kräuter (z.B. Petersilie, Basilikum)
- Kartoffeln
- Ich baue keines dieser Lebensmittel an / habe keinen Garten

28. Welche der nachfolgend aufgeführten elektrischen Küchengeräte sind in Ihrem Haushalt vorhanden und wie häufig werden diese benutzt?

 Bitte kreuzen Sie nur **die Geräte an, welche in Ihrem Haushalt vorhanden sind!**

	Vorhanden und wird benutzt -				
	täglich	mindestens 1 mal pro Woche	mindestens 1 mal pro Monat	mehrmals pro Jahr	nie
Brotbackgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brot Schneidemaschine (Allesschneider)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dampfensafter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dampfdruckkochtopf für Herdplatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dörrapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrischer Dosenöffner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eierkocher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Fortsetzung siehe nächste Seite!

 Fortsetzung Frage 28:

	Vorhanden und wird benutzt -				
	taglich	mindestens 1 mal pro Woche	mindestens 1 mal pro Monat	mehrmals pro Jahr	nie
Einkochapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eismaschine (Speiseeis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entsafter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espressomaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleischwolf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folienschweigerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frittiergerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefrierschrank / -truhe / -fach, Kuhl-Gefrier-Kombination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschirrspulmaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Getreidemuhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handruhrgerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herd inklusive Backofen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herd ohne Backofen, nur Kochplatte(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joghurtbereiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffemaschine / -automat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffeemuhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchenmaschine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuchenwaage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrisches Messer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mikrowellengerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixstab / Standmixer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tauchsieder / Wasserkocher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrischer Tischgrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toaster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waffeleisen / -automat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrische Warmhalteplatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheit

**29. Nun folgen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und dem allgemeinen Gesundheitsbefinden.
Ist bei Ihnen jemals eine der folgenden Erkrankungen durch Ihren Arzt festgestellt worden?**

 Bitte kreuzen Sie **nur die für Sie zutreffenden** Erkrankungen an!

- Bluthochdruck
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür
- Chronische Darmerkrankung (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa)
- Dickdarmpolypen (keine Hämorrhoiden)
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Hohe Cholesterin- oder Fettwerte im Blut
- Gicht oder Harnsäureerhöhung
- Osteoporose (Knochenschwund)
- Asthma
- Allergischer Schnupfen / Heuschnupfen / Kontaktallergie
- Neurodermitis (atopische Dermatitis)
- Schuppenflechte (Psoriasis)
- Lebensmittelallergie (z.B. Milchzucker- oder Getreideunverträglichkeit)
- Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)
- Depression, Psychose
- Immunschwäche (z.B. durch HIV oder andere Krankheiten)
- Suchterkrankung (z.B. Alkohol, Medikamente, Drogen)
- Chronische Nierenerkrankung
- Chronische Lebererkrankung
- Gelenkerkrankung (Arthritis, Arthrose, Rheuma)
- Andere Autoimmunerkrankung (z.B. Multiple Sklerose)
- Essstörung (z.B. Ess-Brech-Sucht / Bulimie; Magersucht / Anorexie)
- Keine der oben genannten Erkrankungen

30. Ist bei Ihnen jemals ein bösartiger Tumor (Krebs) durch Ihren Arzt festgestellt worden?

Ja → **Bitte weiter mit Frage 31!**

Nein → **Bitte weiter mit Frage 32!**

31. Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung des Tumors bzw. das betroffene Organ / Körperteil an.

 **Mehrere Antworten sind möglich!**

- Brust
- Lunge
- Dickdarm
- Magen
- Mundhöhle und Rachen
- Bauchspeicheldrüse
- Kehlkopf
- Prostata
- Leukämie
- Andere Tumore

32. Haben Sie in den letzten drei Jahren eine oder mehrere Diäten zur Reduzierung Ihres Gewichtes gemacht und wenn ja, wie viele?

Ja, und zwar

--	--

 Diäten mit einer durchschnittlichen Dauer
von

--	--

 Tagen → **Bitte weiter mit Frage 33!**

Ich halte ständig Diät

Nein → **Frauen: Bitte weiter mit Frage 34!**
→ **Männer: Bitte weiter mit Frage 40!**

33. Waren Sie mit dem Ergebnis Ihrer letzten "Abnehm-Diät" zufrieden?

- Ja
- Nein

Frauen bitte weiter mit Frage 34! - Männer bitte weiter mit Frage 40!

34. Verwenden Sie ein hormonelles Verhütungsmittel (z.B. die Pille) oder haben Sie früher einmal eines verwendet?

 **Bitte nur ein Kästchen ankreuzen!**

- Ja, ich verwende zur Zeit ein hormonelles Verhütungsmittel
- Nein, ich verwende momentan kein hormonelles Verhütungsmittel,
habe aber früher eines verwendet
- Nein, ich habe noch nie ein hormonelles Verhütungsmittel verwendet

35. Wie viele leibliche Kinder haben Sie?

--	--

leibliche Kinder

→ Bitte weiter mit Frage 36!

Ich habe keine leiblichen Kinder

→ Bitte weiter mit Frage 38!

36. Haben Sie Ihre Kinder gestillt?Ja, ich habe alle meine Kinder gestillt / ich stille gerade

→ Bitte weiter mit Frage 37!

Ja, aber ich habe nicht alle meine Kinder gestillt Nein

→ Bitte weiter mit Frage 38!

37. Wie lange haben Sie Ihr Kind bzw. Ihre Kinder ausschließlich gestillt, also ohne Zufütterung von Säften, Babymilch, Brei u.a. (Tee oder Wasser gelten nicht als Zusatznahrung)?☞ Bitte für jedes Kind **nur ein** Kästchen markieren!

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Ich stille gerade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bis zu 1 Monat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 1 Monat bis zu 2 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 2 Monate bis zu 3 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 3 Monate bis zu 4 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 4 Monate bis zu 5 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5 Monate bis zu 6 Monaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Länger als 6 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiß nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Nehmen Sie momentan ärztlich verordnete Hormone zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden ein?Ja Nein **39. Nehmen Sie momentan rezeptfreie Mittel (z.B. Heilpflanzen, homöopathische Mittel, Sojapräparate) zur Behandlung von Wechseljahrsbeschwerden ein?**Ja Nein

40. Gesundheitsfragen werden täglich in der Presse und im Fernsehen angesprochen. Von welchen Dingen befürchten Sie persönlich Gesundheitsgefährdungen?

 **Mehrere Antworten sind möglich!**

- Radioaktivität
- Luft
- Verkehr (Auto, Flugzeug, Bahn usw.)
- Zigaretten
- Wasser
- Nahrungsmittel / Getränke
- Lärm
- Klima
- Stress im Beruf
- Arzneimittel
- Keines davon
- Weiß nicht

41. Ebenso gibt es viele Meldungen, die auf Risiken im Bereich der Lebensmittelqualität bzw. der Ernährung hinweisen. Welche Dinge sind Ihrer Meinung nach besonders riskant für Menschen in unserem Land?

 **Mehrere Antworten sind möglich!**

- Schimmeligifte
- Lebensmittel-Zusatzstoffe (wie Farbstoffe, Konservierungsmittel usw.)
- Verdorbene Lebensmittel
- Pestizid- und Insektizid-Rückstände in Lebensmitteln
- Tierarzneimittel- und Hormon-Rückstände in Lebensmitteln
- Natürliche Giftstoffe
- Alkohol
- Zu viel und zu einseitig essen
- Unverarbeitete, rohe Lebensmittel
- Bestrahlte Lebensmittel
- Cholesterin
- Gentechnologisch veränderte Lebensmittel
- Ascorbinsäure
- Biotechnologisch veränderte Lebensmittel
- Keines davon
- Weiß nicht


Beruf und Freizeit

42. Sind Sie sportlich aktiv?

Ja → **Bitte weiter mit Frage 43!**


Nein → **Bitte weiter mit Frage 44!**

43. Ich treibe Sport, um . . .

 Bitte **in jeder Zeile** ein Kästchen markieren!


	Trifft zu	Trifft nicht zu
. . . Spaß zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . gemeinsam etwas mit anderen zu unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . etwas für meine Gesundheit zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . mich zu entspannen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . etwas für meine Figur zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . mich abzureagieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . abzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . meine Kräfte mit anderen zu messen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . mich fit zu halten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. . . meine Leistungsfähigkeit zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Wie viel Zeit verbringen Sie pro Woche mit den folgenden Aktivitäten?

 Zeitangaben bitte auf ganze oder halbe Stunden runden!

	Stunden pro Woche		
Gehen (z.B. auch zur Arbeit gehen, Shopping / Bummeln und Freizeit)			
Fahrradfahren (z.B. zur Arbeit fahren, zum Einkaufen)			
Gartenarbeit			
Hausarbeit / Betreuung von Kindern			
Heimwerken			
Leichte sportliche Aktivitäten (z.B. Kegeln, Bowlen, Gymnastik / Yoga)			
Mittlere sportliche Aktivitäten (z.B. Wandern, Fahrradfahren, Inline Skaten, Skateboard, Tennis, Nordic Walken, Skifahren, Schwimmen)			
Schwere sportliche Aktivitäten (z.B. Joggen, Leichtathletik, Rudern, Fußball, Handball, Kraulen, Bergsteigen, Mountainbikefahren)			


45. Wie viel Zeit verbringen Sie in Ihrer Freizeit pro Tag vor dem Fernseher?

 Zeitangabe bitte auf ganze oder halbe Stunden runden!

, Stunden pro Tag an **Werktagen** , Stunden pro Tag am **Wochende**

Ich sehe nicht fern

46. Wie viel Zeit verbringen Sie in Ihrer Freizeit pro Tag am Computer?

 Zeitangabe bitte auf ganze oder halbe Stunden runden!

, Stunden pro Tag an **Werktagen** , Stunden pro Tag am **Wochende**

Ich benutze keinen Computer

47. Wenn Sie unterwegs sind und die Wahl zwischen dem Fahrstuhl, der Rolltreppe oder Treppe haben, was benutzen Sie eher?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Ich nehme den Fahrstuhl

Ich nehme die Rolltreppe

Ich nehme die Treppe

48. Wenn Sie in der Stadt nur eine Busstation fahren müssen und gerade den Bus verpasst haben, warten Sie eher auf den nächsten Bus oder laufen Sie die Strecke (max. 1 km)?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Ich warte auf den nächsten Bus

Ich gehe zu Fuß

49. Wenn Sie einer Tätigkeit im Sitzen nachgehen, stehen Sie häufig dabei auf oder bleiben Sie meist sitzen (z.B. am Arbeitsplatz, bei der Essenszubereitung oder in der Freizeit)?

 Bitte **nur ein** Kästchen ankreuzen!

Ich stehe zwischendurch häufig auf

Ich bleibe meist sitzen

Ich arbeite nicht im Sitzen

50. Sind Sie Schüler / Student?

Ja → **Bitte weiter mit Frage 51!**

Nein → **Bitte weiter mit Frage 52!**

51. Wie viele Stunden wenden Sie pro Woche für Schule / Studium (Unterricht, Vorlesungen, Lernzeiten usw.) auf?

 Zeitangabe bitte auf ganze oder halbe Stunden runden!

, Stunden / Woche

52. In welche der folgenden Aktivitätsgruppen würden Sie Ihre derzeitige Erwerbstätigkeit bzw. Nebentätigkeit (z.B. Schüler / Studenten) am ehesten einordnen?

 Bitte **nur ein Kästchen** ankreuzen!

Ich bin nicht (mehr) berufstätig / habe keinen Nebenjob → Bitte weiter mit Frage 54!

Ausschließlich sitzende Tätigkeit

(z.B. Büroangestellte, Feinmechaniker)

Sitzende Tätigkeit, zeitweilig auch zusätzlicher Energieaufwand für gehende und stehende Tätigkeiten

(z.B. Laboranten, Kraftfahrer, Fließbandarbeiter)

Vorwiegend stehende oder gehende Tätigkeit


(z.B. Hausfrauen / -männer, Verkäufer, Friseure)

Körperlich anstrengende berufliche Arbeit

(z.B. Bauarbeiter, Landwirte, Waldarbeiter, Bergarbeiter)


→ Bitte weiter mit Frage 53!

53. Wie viele Stunden sind Sie in der Woche erwerbstätig bzw. arbeiten in Ihrer Nebentätigkeit?

 Zeitangabe bitte auf ganze oder halbe Stunden runden!


, Stunden / Woche

54. Wie oft erhalten Sie üblicherweise Besuche, Anrufe, Briefe, SMS oder E-Mails von Ihrem Partner, von Freunden, Verwandten oder Bekannten?

 Bitte **in jeder Zeile ein Kästchen** ankreuzen!

	Mehr- mals täglich	4 - 7 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Monat	Weniger als 1 mal pro Monat	Nie
Besuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anrufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

55. Wie häufig machen Sie selbst Besuche, Anrufe oder schreiben Briefe, SMS oder E-Mails?

 Bitte **in jeder Zeile ein Kästchen** ankreuzen!

	Mehr- mals täglich	4 - 7 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Woche	1 - 3 mal pro Monat	Weniger als 1 mal pro Monat	Nie
Besuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anrufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Briefe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-Mails	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlafverhalten

**56. Im letzten Abschnitt möchten wir Ihnen noch ein paar Fragen zu Ihrem Schlafverhalten stellen:
Wann sind Sie während der letzten 4 Wochen gewöhnlich zu Bett gegangen?**

	An Werktagen	Am Wochenende bzw. an Feiertagen
Vor 20:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 20:00 - 20:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 21:00 - 21:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 22:00 - 22:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 23:00 - 23:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 00:00 - 00:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 01:00 - 01:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 02:00 - 02:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 03:00 - 03:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 04:00 - 04:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 05:00 - 05:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach 06:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

57. Wann sind Sie während der letzten 4 Wochen gewöhnlich aufgestanden?

	An Werktagen	Am Wochenende bzw. an Feiertagen
Vor 03:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 03:00 - 03:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 04:00 - 04:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 05:00 - 05:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 06:00 - 06:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 07:00 - 07:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 08:00 - 08:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 09:00 - 09:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 10:00 - 10:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 11:00 - 11:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwischen 12:00 - 12:59 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach 13:00 Uhr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

58. Wie viel Stunden haben Sie während der letzten 4 Wochen pro Nacht im Durchschnitt tatsächlich geschlafen?

Das muss nicht mit der Anzahl der Stunden übereinstimmen, die Sie im Bett verbracht haben.

	An Werktagen	Am Wochenende bzw. an Feiertagen
Weniger als 4 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 bis einschließlich 4,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 4,5 bis einschließlich 5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5 bis einschließlich 5,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 5,5 bis einschließlich 6 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 6 bis einschließlich 6,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 6,5 bis einschließlich 7 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 7 bis einschließlich 7,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 7,5 bis einschließlich 8 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 8 bis einschließlich 8,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 8,5 bis einschließlich 9 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 9 bis einschließlich 9,5 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 9,5 bis einschließlich 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mehr als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten 4 Wochen beurteilen?

Sehr gut	<input type="checkbox"/>
Ziemlich gut	<input type="checkbox"/>
Ziemlich schlecht	<input type="checkbox"/>
Sehr schlecht	<input type="checkbox"/>

Ausfülldatum bitte eintragen:

				2	0	0	
--	--	--	--	---	---	---	--

Bitte überzeugen Sie sich, dass Sie alle Fragen beantwortet haben.

**Geben Sie den Fragebogen gleich an einen der Mitarbeiter im Zentrum
oder**

**Sie senden den ausgefüllten Fragebogen möglichst umgehend
im beiliegenden Rücksendeumschlag an uns zurück!**

Vielen Dank!