

<Für das Studienpersonal: Die ID-Nummer unbedingt auf jeder Seite in das vorgegebene Feld schreiben, drucken (Seriendruck) oder kleben>

<b>Start der Befragung</b>						
<b>S1</b>	Datum	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; display: inline-block;"></div>		
		T T	MM	J JJJ		
<b>S2</b>	Uhrzeit	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>			
		Std.	Min.			
<b>IN0</b>	Sind Sie seit dem Ausfüllen des ersten Fragebogens zu Infektionskrankheiten vor ca. einer Woche <b>neu</b> an einer der folgenden Krankheiten (Infekt der Atemwege (inkl. Lunge)/des Magen-Darm-Trakts/der Niere oder Harnblase, Lippenherpes, Abszess oder Furunkel) erkrankt?					
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Weiß nicht <input type="checkbox"/>			
<b>Infektionskrankheiten / Infektionen</b>						
Im folgenden Abschnitt (Fragen IN1 bis IN7) geht es um die <b>Häufigkeit</b> von unterschiedlichen Infektionen <b>in den vergangenen 12 Monaten</b> . Zählen Sie bitte zusammen, wie oft Sie in den vergangenen 12 Monaten an diesen Infektionen litten. Wenn Sie beispielsweise in den vergangenen 12 Monaten 3-mal Schnupfen und 1-mal Mittelohrinfektion hatten, dann sind es insgesamt 4 Infektionsepisoden (somit wählen Sie die Antwortmöglichkeit „3-4-mal“). Wenn Sie 5-mal Schnupfen hatten und keine anderen Infektionen der oberen Atemwege, dann wählen Sie die Antwortmöglichkeit „Mehr als 4-mal“.						
<b>Wichtig!</b> Die Fragen IN1 bis IN7 beziehen sich auf die vergangenen 12 Monate.						
<b>IN1</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine Infektion der oberen Atemwege (z.B. Schnupfen, oder Infektionen von Nasennebenhöhlen, Mandeln, Mittelohr, Rachen, Kehlkopf)?					
	Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>IN1a</b>	Waren Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen in <b>ambulanter</b> ärztlicher Behandlung (Praxis oder Klinik)?					
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
<b>IN1b</b>	Wurden Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen <b>stationär</b> behandelt (d.h. mindestens eine Nacht im Krankenhaus)?					
	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>			Weiß nicht <input type="checkbox"/>	

<Für das Studienpersonal: Die ID-Nummer unbedingt auf jeder Seite in das vorgegebene Feld schreiben, drucken (Seriendruck) oder kleben>

<b>IN2</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine Infektion der unteren Atemwege (z.B. Bronchitis oder Lungenentzündung)?	
	Keine                      1-mal                      2-mal                      3-4-mal                      Mehr als 4-mal                      Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>IN2a</b>	Waren Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen in <b>ambulanter</b> ärztlicher Behandlung (Praxis oder Klinik)?	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
<b>IN2b</b>	Wurden Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen <b>stationär</b> behandelt (d.h. mindestens eine Nacht im Krankenhaus)?	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
<b>IN3</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine Infektion des Magen-Darm-Traktes (Durchfall mit oder ohne Erbrechen, auch bekannt als „Magen-Darm-Grippe“)?	
	Keine                      1-mal                      2-mal                      3-4-mal                      Mehr als 4-mal                      Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>IN3a</b>	Waren Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen in <b>ambulanter</b> ärztlicher Behandlung (Praxis oder Klinik)?	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
<b>IN3b</b>	Wurden Sie wegen mindestens einer dieser Infektionen <b>stationär</b> behandelt (d.h. mindestens eine Nacht im Krankenhaus)?	
	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht <input type="checkbox"/>	
<b>IN4</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> Lippenherpes?	
	Keine                      1-mal                      2-mal                      3-4-mal                      Mehr als 4-mal                      Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>IN5</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine der folgenden Haut- oder Schleimhautinfektionen? Furunkel oder Abszess (einfache „Pickel“ nicht zählen)	
	Keine                      1-mal                      2-mal                      3-4-mal                      Mehr als 4-mal                      Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>IN6</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine Infektion der Harnblase („Blasenentzündung“)?	
	Keine                      1-mal                      2-mal                      3-4-mal                      Mehr als 4-mal                      Weiß nicht	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<Für das Studienpersonal: Die ID-Nummer unbedingt auf jeder Seite in das vorgegebene Feld schreiben, drucken (Seriendruck) oder kleben>

<b>IN7</b>	Wie häufig hatten Sie <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> eine Infektion („Entzündung“) der Niere oder des Nierenbeckens?					
	Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Infekthäufigkeit**

<b>IH1</b>	Verglichen mit anderen Menschen in meiner Altersgruppe leide ich an akuten Infekten der Atemwege (z.B. Schnupfen, oder Infektionen von Nasennebenhöhlen, Mandeln, Mittelohr, Rachen, Kehlkopf)...					
	Viel seltener	Seltener	Etwa gleich oft	Öfter	Viel öfter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>IH2</b>	Verglichen mit anderen Menschen in meiner Altersgruppe leide ich an akuten Infekten der unteren Atemwege (Bronchitis oder Lungenentzündung)...					
	Viel seltener	Seltener	Etwa gleich oft	Öfter	Viel öfter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>IH3</b>	Verglichen mit anderen Menschen in meiner Altersgruppe leide ich an akuten Infekten des Verdauungstraktes (Durchfall mit oder ohne Erbrechen)...					
	Viel seltener	Seltener	Etwa gleich oft	Öfter	Viel öfter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>IH4</b>	Verglichen mit anderen Frauen [ <i>Männern</i> ] in meiner Altersgruppe leide ich an akuten Infektionen der Harnblase, Niere oder Nierenbecken...					
	Viel seltener	Seltener	Etwa gleich oft	Öfter	Viel öfter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>IH5</b>	Verglichen mit anderen Menschen in meiner Altersgruppe leide ich an Infektionen der Haut (z.B. Furunkel oder Abszess. Einfache „Pickel“ nicht zählen)....					
	Viel seltener	Seltener	Etwa gleich oft	Öfter	Viel öfter	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Antibiotikaeinnahme**

<b>A1</b>	Wie häufig hat Ihnen <u>in den vergangenen 12 Monaten</u> ein Arzt Antibiotika verschrieben? <b>Auch zählen wenn Sie das Medikament nicht eingenommen haben!</b> Salben oder andere äußere Anwendungen nicht mitzählen.					
	Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<Für das Studienpersonal: Die ID-Nummer unbedingt auf jeder Seite in das vorgegebene Feld schreiben, drucken (Seriendruck) oder kleben>

**Anmerkung! Die Fragen F1 bis F3 beziehen sich auf die vergangenen 12 Monate.**

**F1** Wie häufig hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Husten, der länger als 4 Wochen dauerte?

Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>					

**F2** Wie häufig hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Fieber (>38°C)? (wenn das Fieber länger als 1 Tag dauerte, bitte als eine Episode zählen; z.B. Fieber für 7 Tage = 1-mal)

Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>					

**F3** Wie häufig hatten Sie in den vergangenen 12 Monaten Durchfall? Durchfall ist definiert als mindestens 3-mal flüssiger/breiiger Stuhlgang innerhalb von 24 Stunden (wenn der Durchfall länger als 1 Tag dauerte, bitte als eine Episode zählen; z.B. Durchfall für 4 Tage = 1-mal)

Keine	1-mal	2-mal	3-4-mal	Mehr als 4-mal	Weiß nicht
<input type="checkbox"/>					

**Impfungen**

<b>V1</b>	Wurden Sie <b>jemals</b> gegen Grippe (Influenza) geimpft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein -----> weiter zu Frage <input type="checkbox"/> Weiß nicht -----> weiter zu Frage	 <b>T1</b>  <b>T1</b>
<b>V2</b>	In welcher Regelmäßigkeit lassen Sie sich gegen Grippe impfen?	<input type="checkbox"/> Jedes Jahr; seit wann: Jahr:  _ _ _ _ _  <input type="checkbox"/> Fast jedes Jahr; seit wann: Jahr:  _ _ _ _ _  <input type="checkbox"/> Seltener als fast jedes Jahr <input type="checkbox"/> Bis jetzt nur einmal <input type="checkbox"/> Weiß nicht	
<b>V3</b>	Wann wurden Sie <b>zuletzt</b> gegen Grippe (Influenza) geimpft?	<input type="checkbox"/> Jahr:  _ _ _ _ _  oder <input type="checkbox"/> Weiß nicht	

<Für das Studienpersonal: Die ID-Nummer unbedingt auf jeder Seite in das vorgegebene Feld schreiben, drucken (Seriendruck) oder kleben>

<b>Tiere</b>								
<b>T1</b>	Hatten Sie <b>jemals</b> über einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten, privat oder beruflich, regelmäßig (d.h. mehr als einmal pro Woche) Umgang mit Haustieren?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein -----> weiter zu Frage	<b>T2</b>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Weiß nicht -----> weiter zu Frage	<b>T2</b>		
	Wenn Ja, mit welchem Tier/mit welchen Tieren?			Ja	Nein	Weiß nicht		
	Hund	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Katze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Nagetier (z.B. Hamster, Kaninchen, Meerschweinchen, Maus, Ratte)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ziervogel (z.B. Wellensittich, Papagei, Taube)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Reptilien (z.B. Schildkröten, Leguane, Schlangen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Andere Tiere, wenn ja, welche? .....							
<b>T2</b>	Leben in Ihrem Haushalt Haustiere?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein-----> weiter zu Frage	<b>S3</b>		
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Weiß nicht-----> weiter zu Frage	<b>S3</b>		
	Wenn Ja, welches Tier/welche Tiere?			Ja, ausschließlich in der Wohnung	Ja, in oder außerhalb der Wohnung	Wenn Ja, Anzahl	Nein	Weiß nicht
	Hund	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Katze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagetier (z.B. Hamster, Kaninchen, Meerschweinchen, Maus, Ratte)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ziervogel (z.B. Wellensittich, Papagei, Taube)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reptilien (z.B. Schildkröten, Leguane, Schlangen)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Andere Tiere, wenn ja, welche? .....							
<b>Ende der Befragung</b>								
<b>S3</b>	Uhrzeit Befragung Ende			<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; display: inline-block;"></div>	Std.	Min.	