



**Bitte machen  
Sie mit!**

## **Erste europaweite Umfrage zum Thema Gesundheit**

**Juni 2005**

Liebe *Reader's Digest*-Kundin, lieber *Reader's Digest*-Kunde,

wir freuen uns auf Ihre geschätzte Meinung!

**Diese Studie soll zeigen wie Sie als Europäer das Thema Gesundheit und das Gesundheitssystem in Ihrem Land einschätzen.**

Der Vergleich mit den Befragten aus weiteren 12 Ländern wird im Ergebnis sehr interessant sein. Gibt es bei den Europäern berechnete Skepsis, wie sie als Bürger ihres Landes versorgt sind und künftig noch versorgt werden können? Wie schätzen die Europäer die ärztliche Versorgungslage ein? Was interessiert sie zum Thema Gesundheit ganz besonders? Diese Fragen soll die Studie aus Sicht der Betroffenen beantworten.

**Ihre Meinung zählt! Machen Sie mit! Sie gehören zu einem ausgewählten Kreis von *Reader's Digest*-Kunden, die in 13 Ländern befragt werden.**

Der Fragebogen ist schnell ausgefüllt. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und von einem neutralen Institut nur in Form von Statistiken aufbereitet. Das Ergebnis werden wir in statistisch neutraler Form veröffentlichen und den Verantwortlichen in Politik und im Gesundheitssystem zur Kenntnis geben.

**Einsendeschluß für den Fragebogen ist der 22. Juli 2005. Dafür haben wir den Rückantwort-Umschlag beigelegt, der für Sie schon vorfrankiert ist. Sie brauchen keine Briefmarke und können gleich loslegen!**

Vielen Dank für Ihre Meinung

**Solvey Friebe**

Studienleiterin der Europa-Gesundheitsstudie  
Reader's Digest Deutschland

# 1

## WIE BESORGT SIND SIE PERSÖNLICH, WAS DIE EINSCHÄTZUNG FOLGENDER BEREICHE BETRIFFT?

Bitte kreisen sie die Ziffer von 1 bis 5 ein, die Ihre Einschätzung am besten wiedergibt. 1 bedeutet „überhaupt nicht besorgt“ und 5 „sehr besorgt“ – bitte kreisen Sie zu jedem der Bereiche eine Zahl ein.

	ÜBERHAUPT NICHT				SEHR BESORGT
Die Ausbildung von Kindern	1	2	3	4	5
Die nationale Sicherheit	1	2	3	4	5
Die Wirtschaftsentwicklung	1	2	3	4	5
Die Umwelt	1	2	3	4	5
Arbeitslosigkeit / Job-Sicherheit	1	2	3	4	5
Die Rentensicherheit	1	2	3	4	5
Ihre persönliche Gesundheit	1	2	3	4	5
Kosten für die Gesundheitsversorgung	1	2	3	4	5
Die Einwanderung	1	2	3	4	5
Die Entwicklung der Kriminalität	1	2	3	4	5
Das Rechtssystem	1	2	3	4	5

# 2

## WIE BESORGT SIND SIE ÜBER DIE LAGE DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN IHREM LAND?

1 bedeutet „überhaupt nicht besorgt“ und 5 „sehr besorgt“ – bitte kreisen Sie zu jedem der Bereiche eine Zahl ein.

	ÜBERHAUPT NICHT				SEHR BESORGT
Die Qualität der medizinischen Versorgung (Ärzte, Pflegepersonal)	1	2	3	4	5
Die Qualität in der zahnmedizinischen Versorgung (Zahnärzte)	1	2	3	4	5
Das medizinische Wissen des medizinischen Personals, der Ärzte	1	2	3	4	5
Die Wartezeit für wichtige Operationen	1	2	3	4	5
Die medizinische Versorgung bei kleineren Leiden	1	2	3	4	5
Die Sauberkeit / hygienischen Zustände in Krankenhäusern	1	2	3	4	5
Die Arbeitsbedingungen von Ärzten und Krankenpflegepersonal	1	2	3	4	5
Mangelnde individuelle Verantwortung für die eigene Gesundheit	1	2	3	4	5
Die Kosten für Ihre persönliche Gesundheitsversorgung	1	2	3	4	5
Die allgemeinen Kosten für die Gesundheitsversorgung in Ihrem Land	1	2	3	4	5

# 3

## WAS MEINEN SIE, ACHTEN SIE HEUTE MEHR AUF IHRE GESUNDHEIT ALS FRÜHER – Z.B. IM VERGLEICH VOR 3 JAHREN? WIE SIEHT DAS IN DEN FOLGENDEN BEREICHEN BEI IHNEN AUS?

Bitte machen Sie hinter jedem Bereich ein Kreuz im zutreffenden Kästchen.

	MEHR	GENAUSO	WENIGER
Ich greife zu Vorsorgemaßnahmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lege Wert auf gesunde Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere mein Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere mein Körpergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trainiere regelmäßig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich pflege meine sozialen Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, Stress zu vermeiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe regelmäßig zu medizin. Checks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lese viel über medizinische Themen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vermeide Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich rauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze natürliche Kräuter-Zusätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme regelmäßig Vitamine zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme zusätzliche Mineralstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kaufe „Functional Food“ – Nahrungsmittel, die einen zusätzlichen Gesundheitsnutzen beinhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versichere mich zusätzlich bzw. lege Geld zur Seite für meine zukünftige Gesundheitsversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung Frage 3:

	MEHR	GENAUSO	WENIGER
Ich versuche, auch eine zweite Meinung zu einer Krankheit einzuholen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich versuche, eine positive Lebenseinstellung anzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erwarte von meinem Hausarzt, dass er weniger Medikamente verschreibt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich vertraue dem Rat meines Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich frage meinen Apotheker, was er mir empfiehlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 4

## WIE GUT FÜHLEN SIE SICH INFORMIERT ZUM THEMA GESUNDHEIT, KRANKHEITEN UND IHRE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN?

Bitte kreuzen Sie an, was am ehesten auf Sie zutrifft.

Sehr gut informiert	<input type="checkbox"/>
Etwas informiert	<input type="checkbox"/>
Eher uninformiert	<input type="checkbox"/>
Überhaupt nicht informiert	<input type="checkbox"/>

# 5

## WIE BEWERTEN SIE DIE FOLGENDEN QUELLEN, UM SICH ÜBER DAS THEMA GESUNDHEIT UND BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN BEI KRANKHEITEN ZU INFORMIEREN? WIE HOCH SCHÄTZEN SIE DEN WERT DER INFORMATIONSQUELLE BEZOGEN AUF IHR WOHLBEFINDEN ODER AUCH DAS WOHLBEFINDEN IHRER FAMILIE EIN?

Diese Informationsquelle ist:

	SEHR WERTVOLL	WERTVOLL	ÜBERHAUPT NICHT WERTVOLL
Berichte in Zeitungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsveranstaltungen im Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheits-Messen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artikel in renommierten Zeitschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broschüren in Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spezielle Informationsstände in Geschäften / Drogeriemärkten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsseiten im Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon-Hotlines zu Gesundheitsexperten, die Fragen beantworten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenlose Gesundheits- und Diagnose-Test-Angebote im Krankenhaus oder mobil vor Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinigungen zu bestimmten Krankheiten z.B. Krebshilfe, Diabetes-Gesellschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungsprogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broschüren in Arztpraxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktbeilagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medizinische / Gesundheits-Bücher / Ratgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesundheitssendungen im Fernsehen mit Expertentalks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie und Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gesundheits-/ Medizin-Experten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 6

## BITTE KREUZEN SIE AN, WIE SEHR SIE DIESER AUSSAGE ZUSTIMMEN: „OFT FINDE ICH AUCH IN ANZEIGEN NÜTZLICHE INFORMATIONEN ÜBER GESUNDHEITSPRODUKTE“

Stimme voll und ganz zu	<input type="checkbox"/>
Stimme eher zu	<input type="checkbox"/>
Stimme weniger zu	<input type="checkbox"/>
Stimme überhaupt nicht zu	<input type="checkbox"/>

# 7 WIE WICHTIG IST ES IHNEN, DASS AUCH DER NAME DES HERSTELLERS IN DER ANZEIGE FÜR EIN MEDIKAMENT GENANNT WIRD?

Welche Aussage trifft auf Sie zu?

## Sehr wichtig

Ich will auf jeden Fall wissen, wer das Medikament herstellt.

## Wichtig

Ich finde es hilfreich, zusätzlich den Namen des Herstellers zu wissen, es ist aber nicht so schlimm, wenn es nicht dabeisteht.

## Nicht wichtig

Das ist mir ziemlich egal.

# 8 BITTE SCHÄTZEN SIE ANHAND EINER 5-PUNKTE-SKALA FOLGENDE BRANCHEN EIN. 1 BEDEUTET „ÜBERHAUPT NICHT EHRlich UND VERTRAUENSWÜRDIG“ UND 5 BEDEUTET „ABSOLUT EHRlich UND VERTRAUENSWÜRDIG“.

Bitte kreisen Sie zu jeder Branche an, welche Punktzahl Ihrer Einschätzung am nächsten kommt.

	ÜBERHAUPT NICHT		ABSOLUT EHRlich / VERTRAUENSWÜRDIG		
	1	2	3	4	5
Krankenversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmaunternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ölgesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabakunternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hersteller alkoholischer Getränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebensversicherungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fluggesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reisegesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefongesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel-Hersteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Supermärkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Automobil-Hersteller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banken / Finanzdienstleister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medien (TV, Radio, Presse usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 9 WENN SIE JETZT EINMAL SPEZIELL AN PHARMAZEUTISCHE UNTERNEHMEN / HERSTELLER VON GESUNDHEITSPRODUKTEN DENKEN, WELCHE DER FOLGENDEN AUSSAGEN TREFFEN FÜR SIE DA ZU?

Sie können alle die ankreuzen, die Sie zutreffend finden.

- Sie arbeiten hart, um Menschenleben zu retten
- Sie kümmern sich nur um ihren Profit
- Millionen Menschen haben von neuen Medikamenten profitiert
- Der Wettbewerb der Firmen senkt die Kosten
- Die gesetzlichen Regelungen sind zu unternehmensfreundlich
- Diese Unternehmen sind unverzichtbar für unser Gesundheitssystem
- Sie arbeiten im Interesse einer besseren Gesundheitsversorgung eng mit Ärzten zusammen
- Sie arbeiten im Interesse einer besseren Gesundheitsversorgung eng mit Apothekern zusammen
- Sie werden von der Regierung überreguliert
- Sie verkaufen Medikamente, von denen sie wissen, dass sie Menschen schaden
- Das Geschäftsrisiko bei der Entwicklung neuer guter Medikamente ist sehr hoch
- Ihre Investitionen in die Forschung verbessern unsere Lebensqualität

# 10 WIE GUT KENNEN SIE FOLGENDE PHARMAZEUTISCHE UNTERNEHMEN / HERSTELLER VON GESUNDHEITSPRODUKTEN?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Firma an, was für Sie zutrifft

	KENNE ICH SEHR GUT	HABE DAVON GEHÖRT, KENNE ICH ABER NICHT SO GUT	NIE DAVON GEHÖRT
Astra Zeneca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bayer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boehringer Ingelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bristol-Myers Squibb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GlaxoSmithKline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Janssen Cilag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lilly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novartis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanofi Aventis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klosterfrau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ratiopharm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whitehall Much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 11 UND WIE SEHEN SIE DIESE UNTERNEHMEN

Bitte schreiben Sie eine Punktzahl von 1-5 in jedes Kästchen. 1 = niedrigste Punktzahl, 5 = höchste Punktzahl

	IST FÜHREND IM BEREICH GESUNDHEIT	HAT EINEN GUTEN RUF	ÜBERNIMMT SOZIALE VERANTWORTUNG	STELLT QUALITÄTS-PRODUKTE HER
Astra Zeneca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bayer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boehringer Ingelheim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bristol-Myers Squibb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GlaxoSmithKline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Janssen Cilag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lilly	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novartis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pfizer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanofi Aventis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klosterfrau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ratiopharm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Whitehall Much	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sandoz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# 12 WELCHE DER FOLGENDEN ALTERNATIVEN HEILMITTEL ODER HEILVERFAHREN HABEN SIE ODER JEMAND ANDERES IN IHREM HAUSHALT IN DEN LETZTEN DREI JAHREN SCHON GENUTZT?

Bitte kreuzen Sie an, was alles davon zutrifft.

Chiropraktiker	<input type="checkbox"/>	Ganzheitliche Medizin	<input type="checkbox"/>
Homöopathie	<input type="checkbox"/>	Aromatherapie	<input type="checkbox"/>
Reflexzonenmassage	<input type="checkbox"/>	Akkupunktur	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Massage-Therapie	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberater	<input type="checkbox"/>	Yoga, Meditation	<input type="checkbox"/>
Biofeedback	<input type="checkbox"/>	Kräuterzusätze	<input type="checkbox"/>
Vitamine	<input type="checkbox"/>	Mineralstoffe	<input type="checkbox"/>

# 13

## WENN SIE ERSTE ANZEICHEN EINER ERKRANKUNG VERSPÜREN, WAS UNTERNEHMEN SIE DA ZUERST?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- Ich hole erst einmal Rat ein
- Ich beginne sofort mit der Behandlung
- Ich mache gar nichts
- und warte erst einmal ab

## UND WO HOLEN SIE MEISTENS MEDIZINISCHEN RAT EIN?

Bitte kreuzen Sie alles Zutreffende an.

- Arzt
- Apotheker
- Homöopath / Heilpraktiker
- Ambulanz im Krankenhaus
- Freunde oder Familie
- Internet
- Zeitschriften
- Medizinische / Gesundheits-Bücher / Ratgeber
- Telefon-Hotlines zu Gesundheits-experten, die Fragen beantworten
- Etwas anderes (bitte hier eintragen)

# 14

## WÄREN SIE GERN MEHR ÜBER SPEZIELLE KRANKHEITEN ODER THERAPIEN INFORMIERT? WAS INTERESSIERT SIE DA BESONDERS? SIE KÖNNEN MEHRERE INFORMATIONSTHEMEN ANKREUZEN.

Sehr interessant	Ja	Nein
Allergien / Heuschnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erektionsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankungen / Infarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blut-Hochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechseljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskel-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettleibigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Magenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (z.B. Ausschläge, Nesselfieber, Schuppenflechte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen / Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapien bei schwerem Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasen-/Nieren-Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etwas anderes wäre sehr interessant (bitte eintragen)	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Vielen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Studie! Bitte sagen Sie uns noch für die statistische Aufbereitung ...

# 15

## IN WELCHE DER FOLGENDEN ALTERSGRUPPEN FÄLLT IHR ALTER?

- 18-24  1
- 25-34  2
- 35-44  3
- 45-49  4
- 50-54  5
- 55-59  6
- 60-64  7
- 65-69  8
- 70 oder älter  9

# 16

## SIND SIE ZUR ZEIT VOLL BERUFSTÄTIG ODER WAS TRIFFT AUF SIE ZU?

- Voll berufstätig  1
- Beschäftigt in Teilzeit  2
- Student  3
- Vollzeit Hausfrau / Hausmann  4
- Im Ruhestand  5
- Nicht berufstätig  6

# 17

## IN WELCHEM ALTER HABEN SIE IHRE BERUFS-AUSBILDUNG BEENDET?

- Mit 15 Jahren oder jünger  1
- Mit 16 Jahren  2
- Mit 17-18 Jahren  3
- Mit 19-21 Jahren  4
- Mit 22 Jahren bzw. älter  5

# 18

## HABEN SIE KINDER? WENN JA, WAS TRIFFT AUF SIE ZU?

Nein  Ja

- Kinder unter 2 Jahre  1
- Kinder 2-5 Jahre  2
- Kinder 6-11 Jahre  3
- Kinder 12-17 Jahre  4
- Kinder älter als 17 Jahre, die noch im Haushalt leben  5
- Kinder, die nicht mehr im Haushalt leben  6

# 19

## SIE MIT EINGESCHLOSSEN, WIEVIELE ERWACHSENE (ÄLTER ALS 17 JAHRE) LEBEN IN IHREM HAUSHALT?

- 1 Erwachsener  1
- 2 Erwachsene  2
- 3 oder mehr Erwachsene  3

# 20

## SIE SIND

- Männlich  1
- Weiblich  2

**Bitte schicken Sie diesen Fragebogen im beigefügten Rückantwort-Umschlag zurück – Sie brauchen keine Briefmarke!  
Einsendeschluß ist der 22. Juli 2005.**