

Gesundheitscheck 2003

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Praxis Ihres Hausarztes wurde für eine wissenschaftliche Befragung ausgewählt, die am heutigen Tag in über 4.000 Arztpraxen in ganz Deutschland stattfindet. Ihr Hausarzt führt diese Untersuchung in Zusammenarbeit mit der Technischen Universität Dresden sowie führenden medizinischen Einrichtungen Deutschlands durch.

Mit dieser Befragung möchten wir herausfinden, warum Sie heute beim Arzt sind und unter welchen gesundheitlichen Beschwerden Sie leiden. Ihre Angaben unterliegen strengen datenschutzrechtlichen Vorschriften. Die Daten sind natürlich vertraulich und werden bei der Auswertung vollständig anonymisiert. Die Arzthelferin wird Ihnen sagen, wo und wann Sie den Bogen ausfüllen können. Geben Sie diesen dann nur persönlich bei Ihrem Arzt oder der Arzthelferin ab.

Selbstverständlich ist die Teilnahme freiwillig.

Sollten Sie nicht an dieser Untersuchung teilnehmen wollen, beantworten Sie doch bitte trotzdem die Fragen zur Person auf dieser Seite!

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dieser Befragung!

Professor Dr. Hans-Ulrich Wittchen

Zur Person:

Ihr Geburtsdatum:
Tag Monat Jahr

Ihr Geschlecht: weiblich männlich

Ihre Körpergröße: cm

Ihr Gewicht: kg

Sind Sie derzeit berufstätig
 arbeitslos

Hausfrau sonstiges:.....
 Rentner/ Rentnerin

Ihr Familienstand ist ledig

verheiratet geschieden / verwitwet

Wieviele Jahre sind Sie zur Schule gegangen? Jahre

Sind Sie aus gesundheitlichen Gründen frühberentet oder haben Sie eine Erwerbsminderung?

nein

ja wenn ja, Grad Erwerbsminderung/Frühberentung: %

Wie sind Sie derzeit krankenversichert?

AOK

privat krankenversichert

Ersatzkasse (z.B.: Barmer, DAK, ...)

Beamtenversicherung (Beihilfe)

Betriebskrankenkasse

andere:.....

1. Bitte geben Sie an, welche Aussagen Ihren heutigen Gesundheitszustand am besten beschreiben.

Beweglichkeit/ Mobilität

- Ich habe keine Probleme herumzugehen.
- Ich habe einige Probleme herumzugehen.
- Ich bin ans Bett gebunden.

Für sich selbst sorgen

- Ich habe keine Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich habe einige Probleme, für mich selbst zu sorgen.
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen.

Allgemeine Tätigkeiten (Arbeit, Hausarbeit ...)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.
- Ich habe einige Probleme, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Aktivitäten nachzugehen.

Schmerzen/ Körperliche Aktivität

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden.
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden.

Angst/ Niedergeschlagenheit

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert.
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert.

Verglichen mit meinem Gesundheitszustand vor 12 Monaten ist mein heutiger Gesundheitszustand ...

besser im Großen und Ganzen etwa gleich schlechter

2. Wie bewerten Sie Ihren Gesundheitszustand?

Allgemein: sehr gut gut weniger gut schlecht

Psychisch/seelisch: sehr gut gut weniger gut schlecht

3. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen körperlicher Leiden/ Beschwerden überhaupt nicht in der Lage, Ihren beruflichen bzw. anderen Alltagsaufgaben nachzugehen?

an keinem Tag an Tagen, davon Tage krankgeschrieben

4. An wie vielen Tagen (in den letzten 4 Wochen) waren Sie wegen seelischer/ psychischer Probleme überhaupt nicht in der Lage, Ihren beruflichen und Alltagsaufgaben nachzugehen?

an keinem Tag an Tagen

5. Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen?

<input type="text"/> mal beim Allgemeinarzt/ Praktischen Arzt	<input type="text"/> mal beim Augenarzt
<input type="text"/> mal beim Internisten	<input type="text"/> mal beim Hautarzt
<input type="text"/> mal beim Psychiater/ Neurologen	<input type="text"/> mal beim Psychologen/ Psychotherapeuten
<input type="text"/> mal bei anderen Fachärzten	<input type="text"/> mal beim Heilpraktiker

6. Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten stationär im Krankenhaus oder zur Kur?

gar nicht (► **weiter mit Frage 7**) Tage im Krankenhaus
 Tage zur Kur

7. Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben. Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die Ihrem Befinden in den letzten zwei Wochen am ehesten entspricht!

In den letzten 2 Wochen	an den meisten Tagen	einige Tage	nie
... haben Sie sich da die meiste Zeit des Tages traurig, niedergeschlagen oder deprimiert gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Interesse an fast allem verloren oder konnten Sie sich nicht mehr über Dinge freuen, die Ihnen sonst Freude bereitet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie sich müde, erschöpft oder ohne Energie gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihren Appetit verloren oder erheblich an Gewicht verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten einzuschlafen, durchzuschlafen oder sind Sie zu früh nachts aufgewacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie langsamer gesprochen oder sich langsamer bewegt als gewöhnlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... war Ihr sexuelles Interesse geringer oder hatten Sie gar kein sexuelles Interesse mehr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie Ihr Selbstvertrauen verloren, sich wertlos oder schuldig gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z. B. beim Lesen oder Fernsehen) oder alltägliche Entscheidungen zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... haben Sie viel über den Tod nachgedacht oder dachten Sie daran, sich das Leben zu nehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn Sie mehr als 2 Mal „an den meisten Tagen“ angegeben haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

Wie alt waren Sie, als Sie solche Beschwerden zum ersten Mal in Ihrem Leben hatten? Jahre

Und wie oft hatten Sie solche Phasen, die mindestens 2 Wochen dauerten? Anzahl

8. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.

	trifft ausgesprochen zu	trifft etwas zu	teils/teils	trifft kaum zu	trifft überhaupt nicht zu
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir leicht zu entspannen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wurde Ihnen jemals von einem Arzt mitgeteilt, dass Sie zu hohe Blutfettwerte (Cholesterin) haben?

nein (▶ weiter zu Frage 10) ich weiß nicht ja → und zwar vor Jahren

Sind Ihre Blutfettwerte aktuell erhöht? nein ja weiß nicht

Kennen Sie in etwa Ihre Blutfettwerte? nein ja

Wann wurden Ihre Blutfettwerte zuletzt vom Arzt bestimmt? vor Monaten

10. Hat ein Arzt bei Ihnen die folgenden Krankheiten festgestellt? Wenn ja, geben Sie bitte bei diesen Krankheiten an, wie alt Sie waren, als diese zum ersten Mal festgestellt wurden! (Mehrfachangaben möglich)

im Alter von

- | | | | | |
|---|----------------------|-----------|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja, Schlaganfall | <input type="text"/> | und/oder: | <input type="checkbox"/> TIA („Schlägle“) | <input type="checkbox"/> verengte Halsschlagadern |
| <input type="checkbox"/> ja, Bluthochdruck | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Depression | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Angsterkrankung | <input type="text"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> ja, Herzerkrankung | <input type="text"/> | und zwar: | <input type="checkbox"/> Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Vorhofflimmern |
| | | | <input type="checkbox"/> Herzklappenfehler | <input type="checkbox"/> Herzschwäche |

11. Hat Ihnen Ihr Arzt schon einmal mitgeteilt, dass wegen Ihres Bluthochdrucks oder Diabetes eine oder mehrere Folgeerkrankungen und Probleme bei Ihnen aufgetreten sind?

- nein (► weiter mit Frage 12)
- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ja, und zwar: | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen/ -versagen (Dialyse) | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen |
| | <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen (Retinopathie) | <input type="checkbox"/> Hirninfarkt/ -blutung (Schlaganfall) |
| | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (z.B. erhöhte Wundneigung) | <input type="checkbox"/> sexuelle Probleme, Impotenz |

12. Werden Sie derzeit wegen einer oder mehrerer der folgenden Probleme mit Medikamenten behandelt? Wenn ja geben Sie bitte an, in welchem Alter zum ersten Mal!

- nein (► weiter mit Frage 13)
- wenn ja, erstmals im Alter von
- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> gegen zu hohen Blutdruck (Hypertonie) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> gegen erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> zur Senkung des Blutzuckers (Tabletten oder Insulin) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> zur Blutverdünnung (z.B. bei Herzkrankheiten oder Schlaganfall) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> nur für Frauen: bei Wechseljahrsbeschwerden Hormonersatztherapie | <input type="text"/> |

13. Wieviele Medikamente nehmen Sie derzeit pro Tag ein?

- Ich nehme derzeit keine Medikamente regelmäßig ein. (► weiter mit Frage 14)
- Ich nehme derzeit regelmäßig Medikamente und zwar:
- | | | |
|-------------------------------------|----------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> vormittags | <input type="text"/> | Anzahl Medikamente |
| <input type="checkbox"/> mittags | <input type="text"/> | Anzahl Medikamente |
| <input type="checkbox"/> abends | <input type="text"/> | Anzahl Medikamente |

14. Wie oft haben Sie Probleme, die Medikamente so einzunehmen, wie sie vom Arzt verschrieben sind?

- fast nie selten oft immer

Wenn „oft“ oder „immer“, warum?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ich vergesse die Medikamente | <input type="checkbox"/> Ich halte andere Maßnahmen für besser |
| <input type="checkbox"/> Ich habe Angst vor Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Ich halte die regelmäßige Einnahme nicht für wichtig |
| <input type="checkbox"/> Ich habe zu viele Nebenwirkungen | <input type="checkbox"/> Ich komme bei den vielen Medikamenten durcheinander |

15. In welchem Maß sind Sie in Ihrer Freizeit körperlich aktiv (z.B. Sport, Wandern, Radfahren, Gartenarbeit)?

- durchschnittlich weniger als 2 Std. pro Woche durchschnittlich 2 Std. oder länger pro Woche

16. Haben Sie schon einmal an Kursen/ Schulungen zur Veränderung Ihrer Ernährungs-, Bewegungs-, Sport- oder anderer Gewohnheiten teilgenommen? (Mehrfachnennungen möglich)

nein (► weiter mit Frage 17)

	Wenn ja, wie oft? In den letzten 12 Monaten	Wie sehr hat es dauerhaft geholfen?		
		gar nicht	etwas	sehr
<input type="checkbox"/> ja, zur Ernährung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zu Bewegung und Sport	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, zur Stressreduktion	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Raucherentwöhnung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Blutdruckschulung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, spezielle Diabetesschulung	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ja, Blutdruck- oder Diabetes-Selbsthilfegruppen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hatten Sie jemals Angst- bzw. Panikattacken, bei denen Sie ganz plötzlich und unerwartet von einem Gefühl starker Angst oder Unruhe befallen wurden?

nein (► weiter mit Frage 18)

ja wenn ja, hat Ihr Arzt dafür eine körperliche Ursache gefunden? ja nein

Wie oft in den letzten 12 Monaten hatten Sie solche Panikattacken? _____ mal

18. Haben Sie jemals Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum verspürt?

nein (► weiter mit Frage 19)

ja

wenn ja:

Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in Eile sind, bergauf gehen oder sich körperlich anstrengen?

nein ja

Treten diese Beschwerden auf, wenn Sie in normalem Tempo auf ebener Strecke gehen?

a) Was tun Sie, wenn Sie während des Gehens Schmerzen oder Unbehagen im Brustraum bekommen?

ich gehe langsamer

ich bleibe stehen

ich gehe im gleichem Tempo weiter (Bei dieser Antwort: ► weiter mit Frage 18e)

b) Verschwinden die Beschwerden, wenn Sie langsamer gehen oder stehen bleiben?

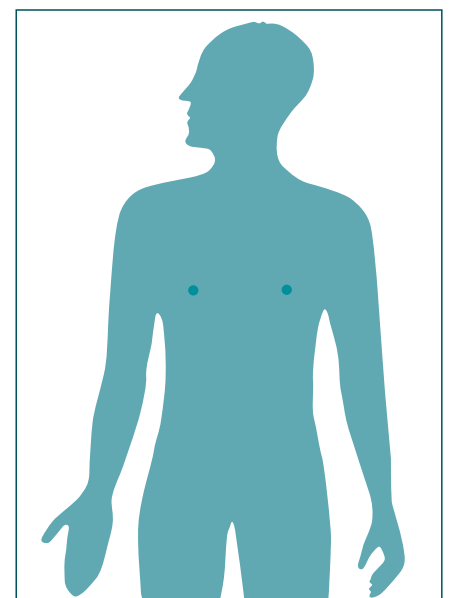
nein

ja, nach weniger als 10 Minuten

ja, nach mehr als 10 Minuten

c) Wo verspüren Sie diese Schmerzen oder das Unbehagen?

Zeichnen Sie bitte unbedingt in die nebenstehende Figur ein Kreuz ein, wo die Beschwerden aufgetreten sind.



d) Strahlen Ihre Schmerzen in den linken Arm aus?

nein

ja

e) Haben Sie jemals einen starken Schmerz quer durch den Brustraum gehabt, der eine halbe Stunde oder länger dauerte?

nein

ja

19. Haben Sie bei sich persönlich innerhalb der letzten 12 Monate eines oder mehrere der folgenden Warnzeichen für einen Schlaganfall wahrgenommen?

	ja	nein	weiß nicht
vorübergehendes Lähmungs- oder Taubheitsgefühl auf einer Körperseite (Gesicht, Arm und/oder Bein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzliche, vorübergehende Sehstörung oder Doppelbilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzlicher, vorübergehender Verlust der Sprechfähigkeit/ Schwierigkeiten, Gesprochenes zu verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erstmalig, plötzlich und ungewöhnlich und extrem auftretender Kopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plötzlich auftretender, lang anhaltender Drehschwindel und Gangunsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Wie oft haben Sie Probleme mit den folgenden Dingen?

	nahezu täglich	oft	selten	nie
Es fällt mir schwer, mich gesund und ausgewogen zu ernähren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Probleme, meine Ernährung umzustellen, mein Gewicht zu halten bzw. abzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Schwierigkeiten, mit dem Rauchen aufzuhören.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir sehr schwer, stressige Situationen zu meistern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich mich über etwas aufrege, fällt es mir sehr schwer, den Ärger wieder los zu werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es fällt mir schwer, mich ausreichend zu bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich trinke mehr Alkohol, als gesundheitlich vertretbar ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Rauchen Sie zur Zeit täglich Zigaretten oder haben Sie früher täglich Zigaretten geraucht?

- Nein, ich habe noch nie Zigaretten geraucht. (▶ weiter mit Frage 22)
- Ja, ich rauche seit Jahren täglich etwa Zigaretten.
- Ja, ich habe früher täglich geraucht. Insgesamt Jahre und ca. Zigaretten pro Tag.

22. Wie oft trinken Sie Alkoholika (Bier, Wein, Likör, Spirituosen)?

- nie (▶ Ende Fragebogen)
- täglich oder fast täglich (5 – 7 mal pro Woche)
- gelegentlich (3 – 4 mal pro Woche)
- selten (1 – 2 mal pro Woche)
- sehr selten (1 – 2 mal pro Monat)

23. Wenn Sie trinken, was trinken Sie dann üblicherweise?

Bier Gläser
Wein Gläser
Likör, Sherry, Portwein Gläser
Spirituosen Gläser

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mitarbeit !

(wird nach Dateneingabe abgetrennt und vernichtet!)

Dürfen wir Sie bei Rückfragen noch einmal anrufen? Wenn ja, geben Sie bitte Ihren Namen und Ihre Telefonnummer an. Diese Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt! Vielen Dank!

Name: Telefonnummer: /
(Vorwahl) (Rufnummer)

Diese Untersuchung steht unter der Projektleitung von Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen (Klinische Psychologie und Psychotherapie der Technischen Universität Dresden, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden, Tel. 03 51 / 4 63-3 69 83, Fax 03 51 / 4 63-3 69 84) unter Mitwirkung von Prof. Dr. med. Hendrik Lehnert (Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg), Prof. Dr. Günter Stalla (Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München), Prof. Dr. Michael Zeiher (Medizinische Klinik IV, Klinikum der J.W. Goethe-Universität Frankfurt), Prof. Dr. Winfried März (Klinisches Institut für Medizinisch-Chemische Laboratoriumsdiagnostik, Österreich), Prof. Dr. med. Sigmund Silber (Kardiologische Praxis, München) und Prof. Dr. med. Martin Wehling (Klinikum Mannheim, Institut für Klinische Pharmakologie). Das Projekt wird durch eine Forschungszuwendung von Pfizer/Karlsruhe unterstützt.