

Fragebogen für weibliche Teilnehmerinnen

Perönliche Daten:

1 Alter in Jahren	<hr/>	
2 Wie groß sind sie?	<hr/> cm	
3 Wie schwer sind sie?	<hr/> kg	
4 Familienstand?	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet
5 Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja, wieviele?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> mehr als 3
6 Sind Sie alleinerziehend?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
7 Leben Sie alleine?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
8 Betreuen/ pflegen Sie einen Familienangehörigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
9 Sind Sie in Österreich aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn nein, woher kommen Sie?	<hr/>	
wenn nein, wie lange leben Sie schon in Österreich?	<input type="checkbox"/> weniger als 5 Jahre	<input type="checkbox"/> 5-10 Jahre
	<input type="checkbox"/> 10- 15 Jahre	<input type="checkbox"/> länger als 15 Jahre
10 Ist Ihre Mutter in Österreich aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn nein, woher kommt sie?	<hr/>	
11 Ist Ihr Vater in Österreich aufgewachsen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn nein, woher kommt er?	<hr/>	
12 In welcher Region Österreichs leben Sie?	<input type="checkbox"/> Norden (Oberösterreich, Salzburg)	<input type="checkbox"/> Osten (Niederösterreich, Wien, Burgenland)
	<input type="checkbox"/> Süden (Steiermark, Kärnten)	<input type="checkbox"/> Westen (Tirol, Vorarlberg)
13 Wieviele Einwohner leben in der Stadt/ dem Ort in dem Sie wohnen?	<input type="checkbox"/> weniger als 10.000	<input type="checkbox"/> 10.000- 100.000
	<input type="checkbox"/> 100.000- 1.000.000	<input type="checkbox"/> mehr als 1.000.000
14 Sind Sie gut and das öffentliche Verkehrsnetz angebunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
15 Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit
	<input type="checkbox"/> nicht berufstätig	<input type="checkbox"/> Pension
	<input type="checkbox"/> sonstiges	

Fragebogen für weibliche Teilnehmerinnen

- 16 Was ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule | <input type="checkbox"/> Lehrabschluss |
| <input type="checkbox"/> höher-bildende Schule mit Matura | <input type="checkbox"/> höher- bildende Schule mit Matura |
| <input type="checkbox"/> Hochschulstudium/ FH-Studium | |
- 17 Was ist ihr eigenes monatliches Netto-Einkommen? (d.h. nach Abzug der Steuern)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unter 800 € | <input type="checkbox"/> 800 € - 1500 € |
| <input type="checkbox"/> 1500 € - 2500 € | <input type="checkbox"/> über 2500 € |
- 18 Was glauben Sie ist die Haupttodesursache für Frauen in Österreich? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegs-erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herzkreislauf- systems | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Unfälle (Verbrennung, Verletzung, Vergiftung) | |
- 19 Was glauben Sie ist die Haupttodesursache für Männer in Österreich? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Atemwegs-erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herzkreislauf- systems | <input type="checkbox"/> Erkrankung der Verdauungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Unfälle | |
- 20 Kennen Sie den Begriff koronare Herzkrankheit (=KHK)
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|
- 21 Was glauben Sie sind die Hauptrisikofaktoren für Herz-Kreislauf-erkrankungen? (mehrere Antworten möglich)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> verminderte körperliche Aktivität | <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel |
| <input type="checkbox"/> Rauchen | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Erkrankung eines Familienmitgliedes | <input type="checkbox"/> Übergewicht |
| | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Persönliches Gesundheitsverhalten:

- 22 Rauchen Sie?
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|
- wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ / Tag
- wenn ja, seit wievielen Jahren rauchen Sie? _____ Jahre

- 23 Sind Sie Exraucher/ -in?
- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|
- wenn ja, wieviele Zigaretten haben Sie pro Tag geraucht? _____ / Tag
- wenn ja, wieviele Jahre haben Sie geraucht? _____ Jahre

- 24 Trinken Sie Alkohol?
- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nie | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> regelmäßig | |

Fragebogen für weibliche Teilnehmerinnen

25 Wie oft pro Woche betreiben Sie Sport?
(eine Einheit ist mindestens 30 min
schnelles gehen)

_____ mal/ Woche

26 Leiden Sie an Bluthochdruck?

ja nein
 weiß ich nicht

27 Leiden Sie an der Zuckerkrankheit?

ja nein
 weiß ich nicht

28 Sind Ihre Blutfettwerte erhöht?

ja nein
 weiß ich nicht

29 Haben Sie bekannte Engstellen in den
Herzkranzgefäßen?

ja nein
 weiß ich nicht

30 Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt?

ja nein

31 Hatten Sie bereits einen Schlaganfall?

ja nein

32 Leiden Sie an Migräne?

ja nein

33 Leiden Sie an Depressionen?

ja nein

34 Gab es in ihrer Familie Fälle von
Herzkreislauferkrankungen?
(Herzinfarkt, Schlaganfall)

ja nein

35 Sind sie:

vor den Wechseljahren in den Wechseljahren
 nach den
Wechseljahren

36 Nehmen Sie eine Hormonersatztherapie
ein?

ja nein

37 Nehmen Sie die Pille ein?

ja nein

38 Wie oft waren Sie schwanger?

nie einmal
 zweimal mehr als zweimal

39 Haben Sie in der Schwangerschaft an
Bluthochdruck und/oder erhöhten
Blutzucker gelitten?

ja nein

Fragebogen für weibliche Teilnehmerinnen

Vorsorge/ Prävention:

40 Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

- sehr gut
- mittelmäßig
- sehr schlecht

- gut
- schlecht

41 Haben Sie im letzten Jahr aktiv Vorsorge betrieben?

ja

nein

wenn ja, was waren die Gründe für Ihre aktive Vorsorge? (mehrere Antworten möglich)

- aufgrund besserer Aufklärung durch Medien
- um sich besser zu fühlen
- um länger zu leben
- wegen Anraten des Arztes/ Ärztin
- durch eine Herz-Kreislauf-erkrankung eines Familienmitgliedes
- weil ich Symptome einer Herz-Kreislauf-erkrankung verspürte
- aus beruflichen Gründen

- um den eigenen Gesundheitszustand zu verbessern
- um Medikamente zu vermeiden
- für die Familie
- Ermutigung eines Familienmitgliedes
- durch eine Herz-Kreislauf-erkrankung eines Freundes/ Freundin
- um leistungsfähiger zu sein

42 Was haben Sie für sich unternommen, um Vorsorge zu betreiben? (mehrere Antworten möglich)

- nichts
- mehr körperliche Aktivität
- Gewichtsverlust

- Rauchen aufgeben
- gesündere Ernährung
- regelmäßige ärztliche Kontrollen

43 Was haben Sie für Ihre Kinder oder Ihren Partner/ Partnerin unternommen, um Vorsorge zu betreiben? (mehrere Antworten möglich)

- nichts
- mehr körperliche Aktivität
- Gewichtsverlust

- Rauchen aufgeben
- gesündere Ernährung
- regelmäßige ärztliche Kontrollen

44 Wie schätzen Sie ihr eigenes Risiko ein, einen Herzinfarkt zu erleiden? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- sehr hoch
- mittelmäßig
- sehr gering

- eher hoch
- eher gering

Fragebogen für weibliche Teilnehmerinnen

Barrieren

45 Was sind Ihre Gründe, die eine aktive
Vorsorge erschweren bzw. verhindern?
(mehrere Antworten möglich)

Ich nehme mich nicht
als Risikopatienten/
Risikopatientin wahr

weiß nicht, wie ich
Prävention betreiben
kann

zu wenig Aufklärung
durch den Arzt/ Ärztin

zu wenig Zeit aus
beruflichen Gründen

familiäre
Verpflichtungen

Schwierigkeiten den
Lebensstil zu ändern

46 Wie würden Sie ganz allgemein Ihre
Lebensqualität beurteilen?

sehr gut

eher gut

eher schlecht

sehr schlecht

Vielen Dank fürs Ausfüllen!