

Fragebogen für männliche Teilnehmer

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 an 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 männliche Teilnehmer

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

Persönliches Gesundheitsverhalten:

- 22 Rauchen Sie? ja nein
 wenn ja, wieviele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ / Tag
 wenn ja, seit wievielen Jahren rauchen Sie? _____ Jahre
- 23 Sind Sie Exraucher/ -in? ja nein
 wenn ja, wieviele Zigaretten haben Sie pro Tag geraucht? _____ / Tag
 wenn ja, wieviele Jahre haben Sie geraucht? _____ Jahre
- 24 Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich
 regelmäßig
- 25 Wie oft pro Woche betreiben Sie Sport? (eine Einheit ist mindestens 30 min schnelles gehen) _____ mal/ Woche

Fragebogen für männliche Teilnehmer

| | | |
|---|--|--|
| 26 Leiden Sie an Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> nein |
| 27 Leiden Sie an der Zuckerkrankheit? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> nein |
| 28 Sind Ihre Blutfettwerte erhöht? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> nein |
| 29 Haben Sie bekannte Engstellen in den Herzkranzgefäßen? | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> weiß ich nicht | <input type="checkbox"/> nein |
| 30 Hatten Sie bereits einen Herzinfarkt? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 31 Hatten Sie bereits einen Schlaganfall? | <input checked="" type="checkbox"/> ja | <input checked="" type="checkbox"/> nein |
| 32 Leiden Sie an Migräne? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 33 Leiden Sie an Depressionen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 34 Gab es in ihrer Familie Fälle von Herzkreislauferkrankungen? (Herzinfarkt, Schlaganfall) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 35 Leiden Sie an Erektionsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Vorsorge/ Prävention:

| | | |
|---|---|--|
| 36 Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben? | <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> sehr schlecht | <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht |
| 37 Haben Sie im letzten Jahr aktiv Vorsorge betrieben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| wenn ja, was waren die Gründe für Ihre aktive Vorsorge? (mehrere Antworten möglich) | <input type="checkbox"/> aufgrund besserer Aufklärung durch Medien <input type="checkbox"/> um sich besser zu fühlen <input type="checkbox"/> um länger zu leben <input type="checkbox"/> wegen Anraten des Arztes/ Ärztin <input type="checkbox"/> durch eine Herzkreislauf-erkrankung eines Familienmitgliedes <input type="checkbox"/> weil ich Symptome einer Herzkreislauf-erkrankung verspürte <input type="checkbox"/> aus beruflichen Gründen | <input type="checkbox"/> um den eigenen Gesundheits-zustand zu verbessern <input type="checkbox"/> um Medikamente zu vermeiden <input type="checkbox"/> für die Familie <input type="checkbox"/> Ermutigung eines Familienmitgliedes <input type="checkbox"/> durch eine Herzkreislauf-erkrankung eines Freundes/ Freundin <input type="checkbox"/> um leistungsfähiger zu sein |

Fragebogen für männliche Teilnehmer

- 38 Was haben Sie für sich unternommen, um Vorsorge zu betreiben? (mehrere Antworten möglich)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nichts | <input type="checkbox"/> Rauchen aufgeben |
| <input type="checkbox"/> mehr körperliche Aktivität | <input type="checkbox"/> gesündere Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> regelmäßige ärztliche Kontrollen |
- 39 Was haben Sie für Ihre Kinder oder Ihren Partner/ Partnerin unternommen, um Vorsorge zu betreiben? (mehrere Antworten möglich)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nichts | <input type="checkbox"/> Rauchen aufgeben |
| <input type="checkbox"/> mehr körperliche Aktivität | <input type="checkbox"/> gesündere Ernährung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> regelmäßige ärztliche Kontrollen |
- 40 Wie schätzen Sie ihr eigenes Risiko ein, einen Herzinfarkt zu erleiden? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> sehr hoch | <input type="checkbox"/> eher hoch |
| <input type="checkbox"/> mittelmäßig | <input type="checkbox"/> eher gering |
| <input type="checkbox"/> sehr gering | |

Barrieren

- 41 Was sind Ihre Gründe, die eine aktive Vorsorge erschweren bzw. verhindern? (mehrere Antworten möglich)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich nehme mich nicht als Risikopatienten/ Risikopatientin wahr | <input type="checkbox"/> weiß nicht, wie ich Prävention betreiben kann |
| <input type="checkbox"/> zu wenig Aufklärung durch den Arzt/ Ärztin | <input type="checkbox"/> zu wenig Zeit aus beruflichen Gründen |
| <input type="checkbox"/> familiäre Verpflichtungen | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten den Lebensstil zu ändern |
- 42 Wie würden Sie ganz allgemein Ihre Lebensqualität beurteilen? (bitte nur eine Antwort ankreuzen)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> eher gut |
| <input type="checkbox"/> eher schlecht | <input type="checkbox"/> sehr schlecht |

Vielen Dank fürs Ausfüllen!