

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!