



Lfd. Nr. des Haushalts

Pers.-Nr.

2	0	0	4	2							0	0		
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	---	---	--	--

H
---

Interviewdatum:  /  /  Ende d. Interviews:  :

Vorname oder Namenskürzel \_\_\_\_\_

## 50+ in Europa

### Zusatzfragebogen

Interviewer ID: \_\_\_\_\_

Initialen Des Antwortenden: \_\_\_\_\_

### **Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?**

Die meisten Fragen auf den folgenden Seiten können Sie ganz einfach beantworten, indem Sie das Kästchen neben oder unter der für Sie zutreffenden Antwort ankreuzen.

### **Bitte EIN (1) Kästchen ankreuzen:**

Richtig  oder

Falsch

### **Wie wird der Fragebogen zurück gegeben?**

Falls der Interviewer noch bei Ihnen sein sollte, wenn Sie mit dem Ausfüllen fertig sind, geben Sie ihm bitte den Fragebogen zurück. Sollte dies nicht der Fall sein, senden Sie bitte den ausgefüllten Fragebogen möglichst bald im beiliegenden frankierten Rückantwortcouvert an uns zurück.

**BEGINNEN SIE BITTE MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE**

**NOCH EINMAL VIELEN DANK FÜR IHRE ZUSAMMENARBEIT**

**F1. Alles in allem – wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Leben?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen.)

---

1. Sehr zufrieden

---

2. Eher zufrieden

---

3. Eher unzufrieden

---

4. Sehr unzufrieden

---

**F2. Hier ist eine Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Wir würden gerne wissen, ob und wie häufig diese Aussagen auf Sie zutreffen...**  
(Bitte ein Kästchen ankreuzen.)

	1. Häufig ▼	2. Manchmal ▼	3. Selten ▼	4. Nie ▼
a) Mein Alter hindert mich daran, die Dinge zu tun, die ich gerne tun würde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe das Gefühl, keinen Einfluss darauf zu haben, was mit mir geschieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich habe das Gefühl, am Rande zu stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich kann die Dinge tun, die ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Familiäre Verpflichtungen hindern mich daran, zu tun, was ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Weil mir das Geld dafür fehlt, kann ich nicht die Dinge tun, die ich tun möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich freue mich auf jeden neuen Tag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich habe das Gefühl, dass mein Leben einen Sinn hat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Alles in allem blicke ich mit einem Gefühl des Glücks auf mein Leben zurück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Zur Zeit fühle ich mich voller Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ich habe das Gefühl, dass das Leben viele Chancen bietet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft für mich gut aussieht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲ 1. Häufig	▲ 2. Manchmal	▲ 3. Selten	▲ 4. Nie

**F3. Hier ist eine weitere Liste von Aussagen, mit denen Menschen ihr Leben oder ihre Gefühle beschreiben. Sagen Sie uns bitte, wie stark Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ich verfolge meine Ziele mit sehr viel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) In unsicheren Zeiten rechne ich gewöhnlich damit, dass alles gut wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich sehe meine Zukunft immer optimistisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich erwarte so gut wie nie, dass die Dinge so laufen, wie ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich finde immer noch eine Möglichkeit, ein Problem zu lösen, wenn die anderen schon aufgegeben haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich rechne selten damit, das mir etwas Gutes widerfährt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nach all meinen früheren Erfahrungen fühle ich mich für die Zukunft gut gewappnet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲	▲	▲	▲
	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu

**F4. Wie häufig hatten Sie im Verlauf der letzten Woche die folgenden Gefühle?**  
(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. Fast ständig ▼	2. Die meiste Zeit ▼	3. Einige Zeit ▼	4. Fast nie ▼
a) Ich war deprimiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich hatte das Gefühl, dass alles was ich getan habe anstrengend war.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich habe unruhig geschlafen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich war glücklich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Ich habe mich einsam gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ich hatte das Gefühl, dass die Leute unfreundlich zu mir waren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ich genoss das Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ich war traurig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ich hatte das Gefühl, das mich niemand mag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ich kam nicht in die Gänge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ich hatte keine Lust zu essen; ich hatte keinen Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ich hatte viel Energie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ich war müde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Ich fühlte mich beim Aufwachen am Morgen richtig ausgeruht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲ 1. Fast ständig	▲ 2. Die meiste Zeit	▲ 3. Einige Zeit	▲ 4. Fast nie

**F5. Bei den folgenden Fragen geht es um die Erwartungen, die Menschen aneinander haben. Sagen Sie uns bitte, wie stark Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu	8. Trifft auf meine Situation nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ich war immer zufrieden mit dem Verhältnis zwischen dem, was ich meinem Partner gegeben habe und dem, was ich dafür von ihm oder ihr bekommen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe immer genügend Anerkennung für das erhalten, was ich für meine Familie getan habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bei meiner derzeitigen Hauptbeschäftigung (Beruf, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit) hatte und habe ich immer das Gefühl, dass die Anerkennung für meine Leistungen angemessen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich wurde von einer Person schwer enttäuscht oder verletzt, der ich mein Vertrauen geschenkt habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲	▲	▲	▲	▲
	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu	8. Trifft auf meine Situation nicht zu

**F6. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf die Pflichten, die Menschen möglicherweise in ihrer Familie haben. Sagen Sie uns bitte, wie stark Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Es ist die Pflicht der Eltern, das Beste für ihre Kinder zu tun, selbst auf Kosten ihres eigenen Wohlergehens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Es ist die Pflicht der Großeltern, für die Enkel da zu sein, falls sie Schwierigkeiten haben (zum Beispiel bei Scheidung der Eltern oder Krankheit).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Es ist die Pflicht der Großeltern, zur wirtschaftlichen Absicherung der Enkel und deren Familien beizutragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Es ist die Pflicht der Großeltern, den Eltern bei der Betreuung der Kinder zu helfen, wenn sie noch klein sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲	▲	▲	▲
	1. stimme voll zu	2. stimme zu	3. stimme weder zu noch nicht zu	4. stimme nicht zu	5. stimme gar nicht zu



**F7. Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Dinge übernehmen?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. Ausschließlich Familie ▼	2. Vor allem Familie ▼	3. Beide zu gleichen Teilen ▼	4. Vor allem Staat ▼	5. Ausschließlich Staat ▼	9. Weiß nicht ▼
a) Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Hilfe für ältere Personen bei der Hausarbeit, falls diese z.B. beim Putzen oder Waschen Hilfe brauchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen, z.B. Krankenpflege oder Hilfe beim Baden oder Anziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F8. Manchmal gibt es wichtige Fragen, bei denen wir eine andere Meinung haben als Menschen die uns nahe stehen, und das kann zu Konflikten führen. Sagen Sie uns bitte, ob und wie häufig es mit jeder der folgenden Personen zu Konflikten kam.**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. Häufig	2. Manchmal	3. Selten	4. Niemals	8. Trifft auf meine Situation nicht zu
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Schwiegereltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ehegatte/Partner(in)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Andere Angehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Freunde, Arbeitskollegen, Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F9. Wie häufig kommt es mit Ihren Kindern oder Ihrer Schwiegertochter / Ihrem Schwiegersohn zu Konflikten, weil Sie sich in Fragen der Erziehung Ihrer Enkel nicht einig sind?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	1. Häufig
<input type="checkbox"/>	2. Manchmal
<input type="checkbox"/>	3. Selten
<input type="checkbox"/>	4. Niemals
<input type="checkbox"/>	8. Trifft auf meine Situation nicht zu

**F10. Haben oder hatten Sie jemals einen gemeinsamen Haushalt mit einem Ehegatten oder einem Partner bzw. einer Partnerin?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

1. Ja → **Weiter bei F11**

5. Nein → **Weiter bei F12**

**F11. Wer von Ihnen beiden übernimmt oder übernahm die Hauptverantwortung für die folgenden Aufgaben?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

	1. Nur ich ▼	2. Hauptsäch- lich ich ▼	3. Ich und mein(e) Partner(in) gemeinsam ▼	4. Hauptsäch- lich mein(e) Partner(in) ▼	5. Nur mein(e) Partner(in) ▼	8. Trifft auf meine Situation nicht zu ▼
a) Kinder erziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kochen, Wohnung sauber halten, waschen, bügeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Pflege von Älteren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F12.** In dem nun folgenden Teil interessieren wir uns für bestimmte Aspekte der medizinischen Beratung und Vorsorge. Bitte nur ein Kästchen pro Frage ankreuzen (wenn nicht anders angegeben) und bitte die *kursiv gedruckten Anweisungen* beachten.

Haben Sie einen Hausarzt, also einen Arzt, an den Sie sich gewöhnlich bei gesundheitlichen Problemen wenden?

1. Ja

5. Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F14**

**F13.** Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Hausarzt ...

	1. Bei jedem Besuch ▼	2. Bei manchen Besuchen ▼	3. Nie ▼
a) ... fragt, wie viel Sie sich körperlich betätigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... Ihnen sagt, dass Sie sich regelmäßig körperlich betätigen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... fragt, ob Sie leicht das Gleichgewicht verlieren und hinfallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... kontrolliert, ob Sie Probleme beim Gehen oder mit dem Gleichgewicht haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ... Ihr Gewicht kontrolliert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ... Sie nach Medikamenten fragt, die Sie einnehmen, weil sie Ihnen ein anderer Arzt verschrieben hat oder die Sie rezeptfrei gekauft haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F14.** Haben Sie sich im letzten Jahr gegen Grippe impfen lassen?

1. Ja ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F16**

5. Nein

**F15.** Hat Ihnen ein Arzt im letzten Jahr geraten, sich gegen Grippe impfen zu lassen?

1. Ja

5. Nein

**F16.** Haben Sie in den letzten zwei Jahren Ihre Augen von einem Augenspezialisten wie einem Augenarzt oder einem Optiker untersuchen lassen?

1. Ja

5. Nein

---

**F17.** Wenn Sie eine Frau sind: Haben Sie in den letzten zwei Jahren eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) machen lassen?

1. Ja

5. Nein

8. Trifft auf meine Situation nicht zu

---

**F18.** Einige Ärzte führen Darmspiegelungen zur Früherkennung von Darmkrebs durch. Wurde Ihnen von einem Arzt oder in einem Krankenhaus in den letzten zehn Jahren empfohlen, diese eine solche Untersuchung machen zu lassen?

1. Ja

5. Nein

---

**F19.** Haben Sie schon einmal eine Darmspiegelung durchführen lassen? Wenn ja – wie lange liegt Ihre letzte Untersuchung zurück?

1. Ja, ich hatte eine Darmspiegelung vor weniger als zehn Jahren
2. Ja, ich hatte eine Darmspiegelung vor mehr als zehn Jahren
5. Nein, ich habe noch nie eine Darmspiegelung machen lassen

**F20.** Mit einem anderen Test kann man verstecktes Blut im Stuhl entdecken. Bei diesem Test gibt man eine kleine Stuhlprobe auf eine spezielle Karte. Haben Sie diesen Test in den letzten zehn Jahren gemacht?

1. Ja ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F22**
5. Nein

**F21.** Wurde Ihnen in den letzten zehn Jahren von ärztlicher Seite empfohlen, diesen Test zu machen?

1. Ja
5. Nein

**F22.** Bei der nächsten Frage geht es um Schmerzen in den Gelenken. Haben Sie Gelenkschmerzen in der Hüfte, im Knie oder in anderen Gelenken, die seit mindestens sechs Monaten anhalten?

1. Ja
5. Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F30**

**F23.** Können Sie genau angeben, wo Sie die Schmerzen haben?  
*Bitte alle zutreffenden ankreuzen*

1. Schmerzen in den Hüften
2. Schmerzen in den Knien
3. Schmerzen in anderen Gelenken

**F24.** Haben Sie an den meisten Tagen Schmerzen in den Gelenken?

---

1. Ja

---

5. Nein

---

**F25.** Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen Ihre Gelenkschmerzen?

---

1. Ja

---

5. Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F27**

---

**F26.** Haben Sie die Schmerzen unter Kontrolle, wenn Sie Medikamente nehmen?

---

1. Ja

---

2. Einigermaßen

---

3. Nein

---

**F27.** Haben Sie Ihrem Hausarzt oder einem anderen Arzt gesagt, dass Sie Gelenkschmerzen haben?

---

1. Ja

---

5. Nein ⇒ **Bitte direkt weiter bei Frage F30**

---

**F28. Als Sie Ihrem Arzt von Ihren Schmerzen berichtet haben?**

	Ja	Nein
	▼	▼
a) ... hat er sich das Gelenk angesehen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ...hat er Ihnen empfohlen, Medikamente gegen diese Gelenkschmerzen zu nehmen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ... hat er Ihnen etwas über die möglichen Risiken und Nebenwirkungen bei der Einnahme entzündungshemmender Medikamente gesagt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

---

**F29. Wegen Dieser Gelenkschmerzen...**

	Ja	Nein
	▼	▼
a) ... wurden Sie schon einmal zu einer Physiotherapie oder zu einer speziellen Gymnastik geschickt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ... hat Ihnen ein Arzt schon einmal gesagt, dass Sie eine Operation oder eine Gelenkprothese brauchen?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ... hat Ihr Arzt Sie schon einmal zu einem Orthopäden geschickt?	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>



**F30. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Wohnung. Beantworten Sie bitte die einzelnen Fragen, indem Sie entweder „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen. Hat Ihre Wohnung...**

	1. Ja	5. Nein
	▼	▼
a) Ein Bad oder eine Dusche innerhalb der Wohnung, die nur für den Eigenbedarf Ihres Haushalts bestimmt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Eine Toilette mit Wasserspülung innerhalb der Wohnung, die nur für den Eigenbedarf Ihres Haushalts bestimmt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Zentralheizung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Klimaanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Einen Aufzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Balkon, Terrasse oder Garten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲	▲
	1. Ja	5. Nein

**F31. Würden Sie in Bezug auf Ihre Wohnung sagen, sie ...**

(bei jeder Frage bitte entweder „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen)

	1. Ja	5. Nein
	▼	▼
a) ...ist zu klein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ...kostet zu viel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ...hat nicht genug Licht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ...kann nicht ausreichend geheizt oder klimatisiert werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F32. Und was meinen Sie zur unmittelbaren Umgebung Ihrer Wohnung – würde Sie sagen, sie...**

(bei jeder Frage bitte entweder „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen)

	1. Ja	5. Nein
	▼	▼
a) ... bietet in einer annehmbaren Entfernung genügend Einrichtungen wie Apotheken, Ärzte, Lebensmittelgeschäfte usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ... ist gut genug an den öffentlichen Nahverkehr angeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ... leidet unter Luftverschmutzung, Lärm und anderen Umweltproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ... leidet unter Vandalismus und hoher Kriminalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**F33. Haben Sie zurzeit eines oder mehrere der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	1. Hund
<input type="checkbox"/>	2. Katze
<input type="checkbox"/>	3. Vogel
<input type="checkbox"/>	4. Fisch
<input type="checkbox"/>	5. Andere Haustiere (Bitte angeben): _____
<input type="checkbox"/>	6. Keine Haustiere

**F34. Zu welcher Religions- oder Glaubensgemeinschaft gehören Sie oder mit welcher können Sie sich am ehesten identifizieren?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- 
1. Protestant (reformiert, lutherisch,..)
- 
- 3 Katholisch (römisch)
- 
4. Katholisch (griechisch oder russisch orthodox)
- 
5. Jüdisch
- 
6. Islamisch
- 
7. Hinduistisch
- 
8. Buddhistisch
- 
9. Esoterisch, "New Age"
- 
10. Andere (Bitte angeben): \_\_\_\_\_
- 
96. Ich gehöre keiner Glaubensgemeinschaft an und kann mich auch mit keiner identifizieren
- 

**F35. Wenn Sie an die Gegenwart denken – wie häufig beten Sie?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- 
1. Mehr als einmal täglich
- 
2. Einmal täglich oder fast einmal täglich
- 
3. Mehrmals pro Woche
- 
4. Einmal in der Woche
- 
5. Weniger als einmal in der Woche
- 
6. Niemals
- 

**F36. Wurden Sie von Ihren Eltern religiös erzogen?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- 
1. Ja
- 
5. Nein
-

**F37. Viele Menschen in der Schweiz tendieren langfristig zu einer bestimmten politischen Partei, selbst wenn sie gelegentlich auch eine andere wählen. Zu welcher Partei tendieren Sie langfristig?**

(Bitte ein Kästchen ankreuzen)

- 
1. FDP – Freisinnig-Demokratische Partei der Schweiz
- 
2. SP – Sozialdemokratische Partei der Schweiz
- 
3. LPS – Liberale Partei der Schweiz
- 
4. SVP – Schweizerische Volkspartei
- 
5. CVP – Christlichdemokratische Volkspartei der Schweiz
- 
6. Grüne Partei der Schweiz
- 
7. Andere Partei (Bitte angeben): \_\_\_\_\_
- 
96. Keine
- 

**F38. Und schließlich möchten wir Sie bitten, noch einmal Ihr Alter und Geschlecht anzugeben:**

a. Ich bin...

- 
1. männlich
- 
2. weiblich
- 

b. Ich bin \_\_\_\_\_ Jahre alt.

---

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten. Bitte geben Sie den Fragebogen dem Interviewer oder senden Sie ihn mit dem beiliegenden frankierten Rückantwortcouvert an die unten stehende Adresse. Alle ihre Antworten werden vertraulich behandelt.**