

Lfd. Nr. des Haushalts										Pers.-Nr.			
1	2	0	4	2						0	0		

Interviewdatum: / /

Interviewer-Nr.: _____

Namenskürzel d. Befragten: _____

„50+ in Europa“

Schriftlicher Fragebogen

Wie soll der Fragebogen ausgefüllt werden?

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

Bitte nur ein Kästchen ankreuzen:

Richtig oder bei Korrekturen
Falsch

Bitte beantworten Sie eine Frage nach der anderen. Überspringen Sie Fragen nur, wenn es einen ausdrücklichen Hinweis hierfür gibt.

Beispiel:

Haben Sie Kinder?

₁ Ja

₅ Nein



Weiter mit Frage ...



*Wenn Sie hier „Ja“
ankreuzen, machen
Sie mit der nächsten
Frage weiter!*

*Wenn Sie hier „Nein“
ankreuzen, machen
Sie mit der im Kasten
angegebenen Frage
weiter!*

Wie wird der Fragebogen zurückgegeben?

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 Freiumschlag an uns zurück.

BEGINNEN SIE BITTE MIT FRAGE 1 AUF DER NÄCHSTEN SEITE

**Alle Ihre Antworten werden vertraulich behandelt.
Noch einmal vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

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

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen.)

Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> ₁
Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> ₂
Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> ₃
Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> ₄

2. 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 in jeder Zeile ankreuzen.)

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

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

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

4. Wie häufig hatten Sie im Verlauf der letzten Woche die folgenden Gefühle?

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

5. Bei den folgenden Fragen geht es um Erwartungen, die Menschen aneinander haben. Geben Sie bitte an, wie stark Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.

(Bitte pro Frage nur ein Kästchen ankreuzen.)

a) Ich war immer zufrieden mit dem Verhältnis zwischen dem, was ich meinem Partner gegeben habe und dem, was ich dafür von ihm bekommen habe.

- 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
-

b) Ich habe immer genügend Anerkennung für das erhalten, was ich für meine Familie getan habe.

- 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
-

c) Bei meiner derzeitigen Hauptbeschäftigung (Beruf, Hausarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit) hatte und habe ich immer das Gefühl, dass die Anerkennung für meine Leistungen angemessen ist.

- ₁ Stimme voll zu
₂ Stimme zu
₃ Stimme weder zu noch nicht zu
₄ Stimme nicht zu
₅ Stimme gar nicht zu

d) Ich wurde von einer Person schwer enttäuscht oder verletzt, der ich mein Vertrauen geschenkt habe.

- ₁ Stimme voll zu
₂ Stimme zu
₃ Stimme weder zu noch nicht zu
₄ Stimme nicht zu
₅ Stimme gar nicht zu

6. Die folgenden Aussagen beziehen sich auf Pflichten, die Menschen möglicherweise in ihrer Familie haben. Geben Sie bitte an, wie stark Sie jeder dieser Aussagen für sich persönlich zustimmen oder nicht zustimmen.

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	stimme voll zu	stimme zu	stimme weder zu noch nicht zu	stimme nicht zu	stimme gar nicht zu
	τ	τ	τ	τ	τ
a) Eltern sollten alles für ihre Kinder tun, selbst auf Kosten des eigenen Wohlergehens.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Großeltern sollten für ihre Enkel da sein, falls diese Schwierigkeiten haben (zum Beispiel bei Scheidung der Eltern oder Krankheit).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Großeltern sollten zur wirtschaftlichen Absicherung ihrer Enkel und deren Familien beitragen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Großeltern sollten Eltern bei der Kinderbetreuung helfen, wenn diese noch klein sind.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

7. Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?

(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

8. Manchmal gibt es wichtige Fragen, bei denen wir eine andere Meinung haben als Menschen, die uns nahe stehen, und das kann zu Konflikten führen. Geben Sie bitte an, ob und wie häufig es mit jeder der folgenden Personen zu Konflikten kam.
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Häufig τ	Manch- mal τ	Selten τ	Niemals τ	Trifft auf meine Situation nicht zu τ
a) Eltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
b) Schwiegereltern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
c) Ehe- oder Lebenspartner(in)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
d) Kinder	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
e) Andere Angehörige	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈
f) Freunde, Arbeitskollegen, Bekannte	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

9. 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 nur ein Kästchen ankreuzen.)

Häufig	Manch- mal	Selten	Nie	Trifft auf meine Situation nicht zu
<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₈

10. Haben oder hatten Sie jemals einen gemeinsamen Haushalt mit einem Ehe- oder Lebenspartner bzw. einer Ehe- oder Lebenspartnerin?

₁ Ja ₅ Nein ➔ Weiter mit Frage 12.

↓

11. Wer von Ihnen beiden übernimmt oder übernahm die Hauptverantwortung für die folgenden Aufgaben?
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Nur ich τ	Hauptsäch- lich ich τ	Beide gemein- sam τ	Hauptsäch- lich mein(e) Partner(in) τ	Nur mein(e) Partner(in) τ
a) Kindererziehung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
b) Geld verdienen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
c) Kochen, Wohnung sauber halten, waschen, bügeln	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
d) Pflege von Älteren	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

12. Nun interessieren wir uns für bestimmte Aspekte der medizinischen Beratung und Vorsorge. Haben Sie einen Hausarzt, also einen Arzt, an den Sie sich gewöhnlich bei gesundheitlichen Problemen wenden?

₁ Ja

₅ Nein → Weiter mit Frage 14.



13. Wie häufig kommt es vor, dass Ihr Hausarzt ...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Bei jedem Besuch	Manchmal	Nie
	τ	τ	τ
a) ... fragt, wie viel Sie sich körperlich betätigen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
b) ... Ihnen sagt, dass Sie sich regelmäßig körperlich betätigen sollten?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
c) ... fragt, ob Sie leicht das Gleichgewicht verlieren und hinfallen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
d) ... kontrolliert, ob Sie Probleme beim Gehen oder mit dem Gleichgewicht haben?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
e) ... Ihr Gewicht kontrolliert?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
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"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

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

₁ Ja → Weiter mit Frage 16.

₅ Nein



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

₁ Ja

₅ Nein

16. **Haben Sie sich in den letzten zwei Jahren von einem Augenarzt oder einem Optiker untersuchen lassen?**

₁ Ja

₅ Nein

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

₁ Ja

₈ Trifft nicht zu (für Männer)

₅ Nein

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

₁ Ja

₅ Nein

19. **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.

₃ Nein, ich habe noch nie eine Darmspiegelung machen lassen.

20. **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 → Weiter mit Frage 22.

₅ Nein



21. **Wurde Ihnen irgendwann in den letzten zehn Jahren von einem Arzt oder in einem Krankenhaus empfohlen, diesen Test durchführen zu lassen?**

₁ Ja

₅ Nein

22. Bei der nächsten Frage geht es um Schmerzen in den Gelenken. Haben Sie Gelenkschmerzen in der Hüfte, im Knie oder in anderen Gelenken (in Armen und Beinen), die seit mindestens sechs Monaten anhalten?

₁ Ja

₅ Nein →

Weiter mit Frage 30.



23. Können Sie genau angeben, wo Sie die Schmerzen haben?
(Bitte alle Zutreffenden ankreuzen)

₁ a) Schmerzen in den Hüften

₁ b) Schmerzen in den Knien

₁ c) Schmerzen in anderen Gelenken (in Armen und Beinen)

24. Haben Sie an den meisten Tagen Schmerzen in den Gelenken?

₁ Ja

₅ Nein

25. Nehmen Sie zurzeit Medikamente gegen Ihre Gelenkschmerzen?

₁ Ja

₅ Nein →

Weiter mit Frage 27.



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

₁ Ja

₂ Einigermaßen

₃ Nein

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

₁ Ja

₅ Nein →

Weiter mit Frage 30.



28. Als Sie Ihrem Arzt von Ihren Schmerzen berichtet haben, hat Ihr Arzt ...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

29. Hat Ihr Arzt ...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Ja	Nein
	τ	τ
a) ... Sie wegen dieser Gelenkschmerzen schon einmal zu einer Physiotherapie oder zu einer speziellen Gymnastik geschickt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... Ihnen schon einmal gesagt, dass Sie wegen Ihrer derzeitigen Schmerzen eine Operation oder eine Gelenkprothese brauchen?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... Sie wegen Ihrer derzeitigen Gelenkschmerzen schon einmal zu einem Orthopäden geschickt?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

30. Die folgenden Fragen betreffen Ihre Wohnung. Beantworten Sie bitte die einzelnen Fragen, indem Sie entweder „Ja“ oder „Nein“ ankreuzen. Hat Ihre Wohnung...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

	Ja	Nein
	τ	τ
a) ... ein eigenes Bad oder eine eigene Dusche innerhalb der Wohnung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
b) ... eine eigene Toilette mit Wasserspülung innerhalb der Wohnung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
c) ... eine Zentralheizung?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
d) ... eine Klimaanlage?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
e) ... einen Aufzug?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅
f) ... einen Garten, Balkon, oder eine Terrasse?	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₅

31. Würden Sie in Bezug auf Ihre Wohnung sagen, sie ...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

32. Und was meinen Sie zur unmittelbaren Umgebung Ihrer Wohnung – würden Sie sagen, sie...
(Bitte ein Kästchen in jeder Zeile ankreuzen)

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

33. Gibt es zurzeit eines oder mehrere der folgenden Haustiere in Ihrem Haushalt?

(Bitte alle zutreffenden ankreuzen)

a) Hund	<input type="checkbox"/>	1	Habe keine Tiere	<input type="checkbox"/>	1
b) Katze	<input type="checkbox"/>	1			
c) Vogel	<input type="checkbox"/>	1			
d) Fisch	<input type="checkbox"/>	1			
e) Andere Haustiere	<input type="checkbox"/>	1			

34. Abschließend haben wir noch einige Fragen zu Ihrem persönlichen Hintergrund. Zu welcher Religions- oder Glaubensgemeinschaft gehören Sie oder mit welcher können Sie sich am ehesten identifizieren?

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

Evangelisch	<input type="checkbox"/>	1
Katholisch	<input type="checkbox"/>	3
Griechisch oder russisch Orthodox	<input type="checkbox"/>	4
Jüdisch	<input type="checkbox"/>	5
Islamisch	<input type="checkbox"/>	6
Andere Glaubensgemeinschaft (bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/>	10
Ich gehöre keiner Glaubensgemeinschaft an und kann mich auch mit keiner identifizieren	<input type="checkbox"/>	96

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

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

Mehr als einmal täglich	<input type="checkbox"/>	1
Einmal täglich oder fast einmal täglich	<input type="checkbox"/>	2
Mehrmals in jeder Woche	<input type="checkbox"/>	3
Einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>	4
Weniger als einmal in der Woche	<input type="checkbox"/>	5
Niemals	<input type="checkbox"/>	6

36. Wurden Sie von Ihren Eltern religiös erzogen?

₁ Ja

₅ Nein

37. Viele Menschen in Deutschland tendieren langfristig zu einer bestimmten politischen Partei, selbst wenn sie gelegentlich auch eine andere Partei wählen. Mit welcher Partei sympathisieren Sie im Allgemeinen?

(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)

CDU / CSU	<input type="checkbox"/> ₁
SPD	<input type="checkbox"/> ₂
Bündnis 90 / Die Grünen	<input type="checkbox"/> ₃
FDP	<input type="checkbox"/> ₄
PDS	<input type="checkbox"/> ₅
Andere Partei (Bitte angeben): _____	<input type="checkbox"/> ₆
Keine	<input type="checkbox"/> ₉₆

38. Und schließlich möchten wir Sie bitten, noch einmal Ihr Geschlecht und Geburtsjahr anzugeben:

a) Ich bin...

Männlich ₁

Weiblich ₂

b) Ich wurde **geboren (Jahr).**

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten.

Bitte geben Sie den Fragebogen dem Interviewer oder senden Sie ihn im beiliegenden Freiumschlag per Post an das

infas Institut

Friedrich-Wilhelm-Str. 18 in 53113 Bonn.