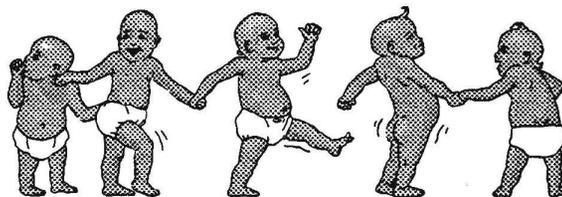

Fragebogen

Ernährung in der Schwangerschaft

Institut für Ernährungswissenschaft
Wilhelmstr. 20
35392 Gießen
Tel.: 0641 / 702-9920



(Bitte nicht abschneiden, die Trennung von Adresse und Fragebogen erfolgt durch uns)

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

Plz, Wohnort: _____

Telefonnummer: _____

Liebe Studienteilnehmerin,

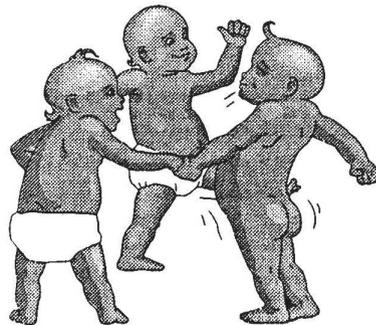
bitte beantworten Sie alle Fragen so genau wie möglich. Die meisten Fragen sind mit einem Kreuz zu beantworten. Falls mehrere Antworten möglich sind, so ist dies in der jeweiligen Frage vermerkt. Bitte achten Sie genau darauf, nicht mehr Kreuze zu machen als angegeben, da Ihre Antwort sonst nicht auswertbar ist. Sie geht dann - ähnlich einem ungültigen Stimmzettel - nicht in das Ergebnis ein. Bitte entscheiden Sie sich in diesem Fall für die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Bei vielen Fragen finden Sie auch die Antwortmöglichkeit "sonstiges". Bitte tragen Sie hier Ihre Antwort nur ein, wenn keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten für Sie zutrifft.

Wir werden für die Auswertung die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen von Ihrem Namen und der Adresse trennen. Ihre Angaben werden bei uns dann per EDV anonym gespeichert und verarbeitet. Wir versichern Ihnen, daß wir alle Regelungen des Hessischen Datenschutzgesetzes einhalten und Ihre Daten nur Personen zugänglich sind, die direkt an der Auswertung der Studie beteiligt sind.

Auf der letzten Seite des Fragebogens finden Sie Platz für Notizen. Sie können dort Anmerkungen zum Fragebogen und sonstige Informationen eintragen, von denen Sie meinen, daß Sie wichtig für uns sind und noch nicht durch die Fragen abgedeckt wurden.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an, bevor Sie Unzutreffendes ankreuzen oder die Frage offenlassen. Wir helfen Ihnen gerne bei Fragen, die nicht ganz verständlich sind. Die Telefonnummer finden Sie auf dem Deckblatt.



1 Wann wurden Sie geboren? (Bitte tragen Sie nur Monat und Jahr in die Kästchen ein)

--	--

Monat

1	9		
---	---	--	--

Jahr

2 Wie groß sind Sie? (ohne Schuhe)

--	--	--

cm

3 Wie groß ist der Vater des Kindes? (ohne Schuhe)

--	--	--

cm

4 Wieviele Kilogramm wiegen Sie? (ohne Bekleidung)

--	--	--

kg

5 Seit wann praktizieren Sie Vollwert-Ernährung? Seit Monat Jahr

6 Gab es in den letzten 3 Jahren Zeiten, während denen Sie die **Vollwert-Ernährung nicht** praktizieren konnten (z.B. Urlaub, Krankenhausaufenthalt)?
Schätzen Sie bitte die Gesamtzeit ein!

- keine
- weniger als 6 Monate
- 6-12 Monate
- mehr als 12 Monate



7 Im folgenden werden verschiedene **Gründe für die Bevorzugung der Vollwert-Ernährung** gegenüber einer normalen Mischkost genannt.
Bitte kreuzen Sie für jeden Grund an, wie wichtig dieser für Sie ist.

	sehr wichtig	wichtig	nicht wichtig
gesundheitliche Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Gründe (z.B. gerechtere Verteilung der weltweit produzierten Lebensmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ökologische Gründe (z.B. Förderung von ökologischer Landwirtschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kosmetische Gründe (z.B. Gewichtsabnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungssteigerung (z.B. Ausdauersteigerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschmackliche Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ethische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Gründe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8 Ernähren Sie sich **vegetarisch**? ja nein
(d.h. ohne Fleisch und Fisch oder Produkte daraus)

Wenn ja, seit wann ernähren Sie sich vegetarisch? Seit Monat Jahr

und nach welcher **Form** des Vegetarismus?

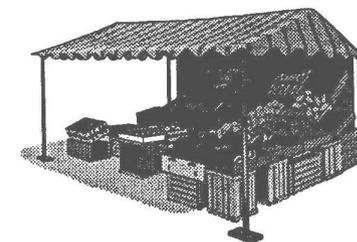
- ovo-lacto-vegetabil** (d.h. ohne Fleisch und Fisch aber mit Milch und Eiern sowie Produkten daraus)
- ovo-vegetabil** (d.h. ohne Fleisch, Fisch und Milchprodukten, aber mit Eiern sowie Produkten daraus)
- lacto-vegetabil** (d.h. ohne Fleisch, Fisch und Eiern, aber mit Milch sowie Produkten daraus)
- vegan** (d.h. ohne jegliche tierische Produkte, rein pflanzliche Ernährung)

9 Kennen Sie das **Transfair-Siegel** (für Kaffee und Tee)? ja nein

Wenn ja, kaufen Sie bevorzugt Produkte, die dieses Siegel tragen?
 ja nein

10 Verwenden Sie in Ihrem eigenen Garten **chemische (synthetische) Pflanzenschutzmittel**?

- ich habe keinen eigenen Garten
- regelmäßig, auch zur Vorbeugung
- gelegentlich, nur bei akutem Befall
- nie
- weiß ich nicht



Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Lebensmittelauswahl und Ihre Ernährungsgewohnheiten erfahren. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Antworten auch das, was Sie außer Haus, z.B. in der Kantine oder im Restaurant, verzehren.

- 11 Verzehren Sie Getreide und Getreideflocken, Gemüse und Obst hauptsächlich aus einer bestimmten landwirtschaftlichen Anbauform?
Bitte geben Sie hier die jeweilige Anbauart an und nicht den Einkaufsort (z.B. Naturkostladen).

	aus konventionellem Anbau	aus ökologischem Anbau	weiß ich nicht / achte ich nicht darauf
Getreide/-flocken, Mehl			
Brot, Backwaren			
Gemüse			
Obst			

- 12 Backen Sie Ihr Brot selbst? ja nein

Wenn ja, wie häufig essen Sie dieses selbstgebackene Brot?

- jeden Tag
 3 mal pro Woche
 1 mal pro Woche
 weniger als 1 mal pro Woche

- 13 Welches Mehl verwenden Sie hauptsächlich zum Kuchenbacken?
Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- ich backe nicht selbst
 Vollkornmehl
 Type 405-812
 Type 1050-1600
 Fertigmischungen
 sonstiges: _____



- 14 In welchen Monaten kaufen/essen Sie normalerweise folgende Obst- und Gemüsesorten als Frischware? (Bitte machen Sie mindestens 1 Kreuz bei jeder Obst-/Gemüseart.)

Monate:	Jan. / Feb.	März / April	Mai / Juni	Juli / Aug.	Sept. / Okt.	Nov. / Dez.	weiß ich nicht	esse ich nicht
Obst/Gemüse:								
Birnen								
Erdbeeren								
Weintrauben								
Kopfsalat								
Tomaten								

- 15 Welche Milch verwenden Sie hauptsächlich? Bitte maximal 2 Antworten ankreuzen.

- ich trinke keine Milch
 Roh- bzw. Vorzugsmilch aus kontrolliert ökologischer Landwirtschaft (z.B. Bioland)
 Roh- bzw. Vorzugsmilch von anderen Betrieben
 pasteurisierte Milch aus kontrolliert ökologischer Erzeugung
 pasteurisierte Milch von anderen Molkereien
 H-Milch
 sonstiges: _____

- 16 Essen Sie regelmäßig Müsli? ja nein

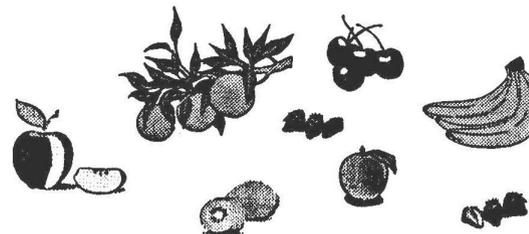
Wenn ja, wie häufig essen Sie Müsli?

- mehr als 5 mal pro Woche
 3-5 mal pro Woche
 weniger als 3 mal pro Woche

Welche Zutaten verwenden Sie für Ihr typisches Müsli?

Bitte nennen Sie nur die Hauptbestandteile, nicht mehr als fünf!

- Fertigmüsli
 geschrotetes Getreide
 frisch gekeimtes Getreide
 Haferflocken, Weizenflocken, Roggenflocken o. ä.
 Weizenkeime, Weizenkleie (getrocknet)
 Cornflakes
 sonstiges Getreide: _____
 Frischobst/-gemüse
 eingemachtes oder erhitztes Obst / Gemüse
 Trockenobst (z.B. Rosinen)
 Roh- bzw. Vorzugsmilch
 pasteurisierte Milch
 H-Milch
 Sahne, saure Sahne
 Sauermilchprodukte, z.B. Joghurt
 Zucker, brauner Zucker, Rohrzucker, Fruchtzucker, Süßstoff
 Honig, Ahornsirup, Obststoffsäfte
 Nüsse, Samen, Kokosflocken
 sonstiges: _____



17 Kleine Häufigkeitstabelle der Lebensmittel

Wir möchten gerne wissen, welche Lebensmittel Sie üblicherweise verzehren. Sie finden im folgenden eine Auswahl verschiedener Lebensmittel, d.h. es kommen in der Liste **nicht alle** Lebensmittel vor, die Sie möglicherweise zu sich nehmen. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie **jedes** der aufgeführten Lebensmittel in der angegebenen Portion verzehren.

Falls Sie eines der angegebenen Lebensmittel **täglich** oder **mehrmals täglich** verzehren, dann tragen Sie dies bitte in der Spalte "pro Tag" ein. Wenn Sie ein Lebensmittel **nicht täglich** verzehren, dann geben Sie bitte an, wie häufig Sie es "pro Woche" verzehren. Bei seltener verzehrten Lebensmitteln tragen Sie bitte die entsprechende Zahl in der Spalte "pro Monat" ein. Sollten Sie ein Lebensmittel **überhaupt nicht** verzehren, dann tragen Sie bitte eine 0 in die Spalte "pro Monat" ein. Falls Sie ein bestimmtes Lebensmittel sehr häufig verzehren und es nicht in der entsprechenden Lebensmittelgruppe finden, dann geben Sie dies bitte am Schluß bei "sonstiges" an!

An einem Beispiel wollen wir deutlich machen, wie die Häufigkeitstabelle ausgefüllt wird:

Nehmen wir einmal an, Frau Köstlich verzehrt:

- ♦ jeden Morgen 1 Brötchen mit 4 Teelöffeln Marmelade
- ♦ sonntags 2 Eßlöffel Haferflocken mit einem halben Becher Joghurt
- ♦ morgens und nachmittags je 2 Tassen Kaffee mit insgesamt etwa 100 ml Milch
- ♦ an Werktagen tagsüber immer ein Stück Obst
- ♦ einmal in der Woche Fisch
- ♦ einmal im Monat bei einem Vereinstreffen einen Hamburger
- ♦ nie Tofu

In der Häufigkeitstabelle würde das folgendermaßen aussehen:

			Häufigkeit		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
2	Weißbrot, Toastbrot, weiße Brötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	30 g	1		
11	Getreideflocken (z.B. Haferflocken) 1 EL	10 g		2	
18	unerhitztes Obst (z.B. Apfel) 1 Portion	125 g		5	
24	Tofu, Tempeh 1 Portion	100 g			0
30	Pasteurisierte Milch 1 Glas	200 ml	$\frac{1}{2}$		
32	Joghurt, Dickmilch o.ä. 1 EL	20 g		4	
40	Süß- und Salzwasserfisch 1 Portion	150 g		1	
42	Produkte vom Schnellimbüß (z.B. Hamburger, Wurst mit Brötchen) 1 Portion	150 g			1
53	Konfitüre, Nuß-Nougat-Creme 1 TL	10 g	4		
58	Kaffee (auch koffeinfrei), schwarzer Tee 1 Tasse	150 ml	4		

Neben der Angabe, wie häufig Sie ein Lebensmittel verzehren, ist also auch die **Menge** wichtig. Zu Ihrer Orientierung haben wir haushaltsübliche Maße oder Portionsgrößen in Gramm (g) oder Milliliter (ml) angegeben. Diese Angaben beziehen sich auf den **essbaren Anteil** der Lebensmittel bzw. bei erhitzten Speisen auf die **garte Menge**. Berücksichtigen Sie bitte die von uns vorgegebenen Mengen, die für Sie nur eine Hilfe sein sollen. Sie müssen auf keinen Fall Ihre Verzehrsmengen abwägen.

Ihre Häufigkeitstabelle

Brot, Backwaren



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
1	Mischbrot, Graubrot, Roggenbrötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	40 g		
2	Weißbrot, Toastbrot, weiße Brötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	30 g		
3	Mehrkornbrot 1 Scheibe	40 g		
4	Vollkornbrot, bzw. Vollkornbrötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	50 g		
5	Kuchen aus Auszugsmehl 1 Stck.	80 g		
6	Vollkornkuchen 1 Stck.	80 g		
7	Kekse, Plätzchen aus Auszugsmehl 1 Stck.	5 g		
8	Vollkornkekse, -plätzchen 1 Stck.	5 g		
9	Pizza o.ä. aus Auszugsmehl 1 runde Pizza	300 g		
10	Pizza o.ä. aus Vollkornmehl 1 runde Pizza	300 g		

Getreideprodukte, N ahrungsmittel

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
11	Getreideflocken (z.B. Haferflocken) 1 EL	10 g		
12	Weißer Reis 1 Portion	150 g		
13	Naturreis (Vollkornreis) 1 Portion	150 g		
14	Weißer Nudeln 1 Portion	150 g		
15	Vollkornnudeln 1 Portion	150 g		
16	Unerhitztes Getreide (z.B. im Müsli oder Sprossen) 1 EL Trockengewicht	10 g		
17	Erhitztes Getreide (z.B. in Bratlingen oder Suppe) 1 Portion	150 g		

Obst und Gem se



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
18	Unerhitztes Obst 1 Portion (entspricht 1 mittelgroßen Apfel)	125 g		
19	Erhitztes Obst (z.B. Obstkonserven, Kompott) 1 Portion	150 g		
20	Unerhitztes Gemüse, Salat 1 Portion	100 g		
21	Erhitztes Gemüse 1 Portion	200 g		
22	Unerhitzte Hülsenfrüchte, z.B. Sprossen 1 Portion	30 g		
23	Erhitzte Hülsenfrüchte 1 Portion	150 g		
24	Tofu, Tempeh 1 Portion	100 g		
25	Pell-, Salzkartoffeln 1 Portion	150 g		
26	Kartoffelprodukte, selbstgemacht (z.B. Püree) 1 Portion	150 g		
27	Kartoffelprodukte, vorgefertigt (z.B. Fertigp�ree, Pommes Frites, Bratkartoffeln), 1 Portion	150 g		
28	Feinkostsalate, vorgefertigt (z.B. Kartoffelsalat) 1 Portion	200 g		

Milch und Milchprodukte



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
29	Vorzugsmilch, Rohmilch 1 Glas	200 ml		
30	Pasteurisierte Milch 1 Glas	200 ml		
31	H-Milch 1 Glas	200 ml		
32	Joghurt, Dickmilch o. �. 1 EL	20 g		
33	Quark, Frischkäse 1 EL	30 g		
34	Hartkäse, Weichkäse 1 Scheibe	30 g		

Sonstige tierische Produkte

Bitte geben Sie unter Punkt 35 nur die direkt verzehrten Eier (z.B. Fr hst ckseier) an und nicht die "versteckten" Eier, wie z.B. in Kuchen und Soßen.



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
35	Eier 1 Stck.	55 g		
36	Fleisch von Rind, Schwein o. �. 1 Portion	150 g		
37	Innereien 1 Portion	125 g		
38	Geflügel 1 Portion	150 g		
39	Fleisch- und Wurstwaren, Schinken 1 Scheibe	35 g		
40	S��- und Salzwasserfisch 1 Portion	150 g		
41	Fisch in Dosen, Räucherfisch 1 Portion	150 g		
42	Produkte vom Schnellimb�� (z.B. Hamburger, Wurst mit Brötchen) 1 Portion	150 g		

Süßungsmittel

Bitte geben Sie hier nicht die Süßungsmittel an, die in Produkten wie Kuchen u.ä. enthalten sind, sondern nur solche, die Sie Ihren Speisen Getränken direkt zufügen.

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
43	Zucker 1 TL	5 g		
44	Brauner Zucker, Rohrzucker 1 TL	5 g		
45	Sucanat 1 TL	5 g		
46	Honig 1 TL	10 g		
47	Ahornsirup, Obstdicksaft 1 TL	10 g		

Süßwaren



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
48	Schokolade 1 Rippe	15 g		
49	Schokoriegel 1 Stck.	60 g		
50	Bonbons 2 Stck.	5 g		
51	Müsliriegel, Früchtschnitte 1 Stck.	60 g		
52	Speiseeis 1 Kugel	35 g		
53	Konfitüre, Nuß-Nougat-Creme 1 TL	10 g		

Nüsse, Samen

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
54	Nüsse, Mandeln 1 EL	12 g		
55	Leinsamen, Sesam, Sonnenblumenkerne u. a. 1 EL	15 g		

Getränke



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
56	Mineralwasser und sonstiges Wasser 1 Glas	200 ml		
57a	Obstsft 1 Glas	200 ml		
57b	Limonaden, Colagetränke 1 Glas	200 ml		
58	Kaffee (auch koffeinfrei), schwarzer Tee 1 Tasse	150 ml		
59	Kräutertee, Früchtetee 1 Tasse	150 ml		
60	Getreidekaffee 1 Tasse	150 ml		
61	Bier, Apfelwein 1 Glas	200 ml		
62	Wein, Sekt, Longdrinks u.ä. 1 Glas	150 ml		
63	Spirituosen 1 Glas	20 ml		

Diverses

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
64	Salatdressings, vorgefertigt 1 EL	20 g		
65	Ketchup, Grillsaucen 1 EL	20 g		

Sonstiges (Bitte tragen Sie hier ggf. weitere Lebensmittel mit Mengenangabe ein !)

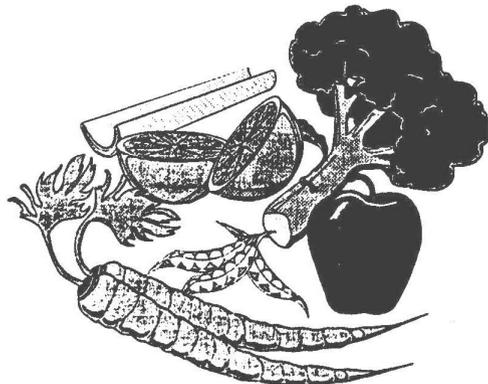
		g/ml	Häufigkeit		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
66					
67					
68					

18 Wie häufig verwenden Sie folgende Produkte?

Produkt:	Häufigkeit		
	pro Tag	pro Woche	pro Monat
Sojafertiggerichte, Sojafleisch			
Fertigsuppen, Dosensuppen			
Fertigsaucen			
Instantpudding, Fertigdessert			
sonstige vorgefertigte Gerichte			
Süßstoff			
sonstiges:			

19 Wie häufig essen Sie Gemüse (ausgenommen Kartoffeln und Hülsenfrüchte) in den folgenden Zubereitungsarten?

Zubereitungsart für Gemüse:	Häufigkeit		
	pro Tag	pro Woche	pro Monat
in Wasser gekocht			
Dampfsgaren / Dampfdruckgaren (z.B. Schnellkochtopf)			
mit Wasser / Fett gedünstet			
im Ofen gebacken			
roh / unerhitzt			



Im folgenden finden Sie Fragen, die Ihre Gesundheit, Ausbildung und Lebenssituation betreffen:

20 Wurden bei Ihnen **Nahrungsmittelallergien von einem Arzt** festgestellt, von denen Sie auch heute noch betroffen sind?

ja nein

Falls ja, welche _____

21 Haben Sie **Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten**?

ja nein

Falls ja, welche _____

22 Wurde bei Ihnen von **ärztlicher Seite** eine der folgenden **Erkrankungen** festgestellt? Wenn ja, geben Sie bitte an,

- a) ob Sie diese Krankheit schon einmal hatten bzw. derzeit noch haben oder
 b) ob Sie zur Zeit aufgrund dieser Erkrankung in **Behandlung** sind?
Falls Sie derzeit in Behandlung sind, geben Sie bitte an, ob diese medikamentös oder in Form einer Änderung Ihrer Ernährungsweise erfolgt.

	a) Erkrankung		b) Behandlung	
	hatte ich schon mal	habe ich derzeit	medikamentös	Änderung der Ernährung
Zuckerkrankheit				
Bluthochdruck				
erhöhte Blutfettwerte, erhöhter Cholesterinspiegel				
Gicht, erhöhte Harnsäurewerte				
Kropf, andere Schilddrüsenerkrankungen				
Magengeschwüre, Zwölffingerdarmgeschwüre				
chronische Verstopfung				
Morbus Crohn				
Colitis ulcerosa				
Bluterkrankungen, z.B. Gerinnungsstörungen				
Lebererkrankungen, Gelbsucht				
Epilepsie				
chronische, entzündliche Erkrankungen (z.B. Rheuma)				
Hämorrhoiden				
Eßstörungen (Magersucht, Bulimie, Fettsucht)				
Krebs				
sonstige:				

Bei mir wurde keine der oben genannten Krankheiten festgestellt bzw. behandelt.

23 Hatten Sie in den letzten 3 Jahren größere **Blutverluste** z.B. durch einen Unfall, Blutspende oder eine Operation?

- ja nein

Wenn ja, bitte tragen Sie ein, wodurch und wann der Blutverlust entstand:

Blutverlust durch:	Monat	Jahr

24 Sind bei Ihnen bisher **Operationen** vorgenommen worden, bei denen **Teile des Verdauungstraktes** entfernt wurden?

- ja nein

Falls ja, kreuzen Sie bitte an, welche Organe betroffen waren

- Magen Dünndarm
 Bauchspeicheldrüse Dickdarm
 Gallenblase Blinddarm
 sonstige: _____

25 Nehmen Sie regelmäßig **Kopfschmerztabletten** ?

- mehr als 3 Tabletten pro Woche
 1 - 3 Tabletten pro Woche
 1 - 3 Tabletten pro Monat
 nein

Falls ja, nennen Sie bitte den Namen des Präparates: _____

26 Nehmen Sie regelmäßig (d.h. täglich oder mehrmals pro Woche) eines oder mehrere der folgenden **Medikamente/Präparate** zu sich?

Bitte legen Sie den/die Beipackzettel diesem Fragebogen bei.

- Jodtabletten Herz-Kreislaufmittel
 Schilddrüsenhormone Fischölkapseln
 Folsäurepräparate Hefetabletten
 Eisenpräparate / Kräuterblutsaft Ballaststoffpräparate (z.B. Weizenkleie)
 Magnesiumpräparate Abführmittel
 Magenmittel (z.B. gegen Sodbrennen) Appetitzügler, Schlankheitsdrinks
 Cortison, Cortisonpräparate
 Stärkungsmittel (z.B. Tai Ginseng, Doppelherz)
- sonstige Mineralstoffpräparate: _____
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)
- Vitaminpräparate: _____
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)
- sonstiges: _____
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)
- Ich nehme keines der genannten Medikamente/Präparate ein.

27 Diese Frage bezieht sich auf das **Rauchverhalten bevor Ihrer Schwangerschaft festgestellt wurde.**

Waren Sie

- Raucherin**
 Wieviele Zigaretten haben Sie täglich geraucht? 1 2 - 10
 10 - 30 mehr als 30

- Ex-Raucherin**
 Wieviele Zigaretten haben Sie täglich geraucht? 1 2 - 10
 10 - 30 mehr als 30

Seit wann rauchen Sie nicht mehr? Seit
Monat Jahr

Wie lange haben Sie geraucht? _____ Jahre

- Nichtraucherin**

28 Wieviel Zeit verbringen Sie durchschnittlich **pro Woche** mit folgenden **Sportarten** ?

Sportart	Zeit in Stunden (h)				
	bis 1 h	bis 2 h	2 - 4 h	4 - 6 h	> 6 h
Spaziergehen					
Fahrradfahren					
Wandern, Joggen					
Gymnastik, Tanzen					
Badminton, Tennis					
Volleyball					
Reiten					
Leichtathletik					
Aerobic, Fitness-Training, Turnen					
Rudern					
Schwimmen					
Body-Building					
Basketball, Handball					
Squash					
sonstiges :					

- Ich treibe keinen Sport.



29 Wie schätzen Sie die **Stärke Ihrer Monatsblutungen** (vor Beginn der Schwangerschaft) ein?

Bitte kreuzen Sie für jeden Menstruationstag die Stärke Ihrer Regelblutung an. Die Zahl der Kreuze sollte der durchschnittlichen Anzahl Ihrer Menstruationstage entsprechen. Nicht benötigte Spalten lassen Sie bitte leer!

Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
stark												
mittelstark												
schwach												

30 Wie regelmäßig war Ihre **Monatsblutung** in den letzten zwei Jahren?

- sehr regelmäßig
- regelmäßig
- unregelmäßig

31 Bitte geben Sie die durchschnittliche **Dauer Ihrer Menstruationszyklen** an, d.h. wieviele Tage lagen durchschnittlich zwischen dem ersten Tag Ihrer Monatsblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Monatsblutung.

_____ Tage

32 Welche der folgenden **Beschwerden** hatten Sie typischerweise vor Ihrer Monatsblutung?

- Kopfschmerzen
- Brustbeschwerden
- Unterleibschmerzen
- Rückenschmerzen
- ich hatte keine Beschwerden
- Übelkeit/ Erbrechen
- Durchfall
- gereizte Stimmung
- sonstiges _____

33 Welche Form der **Empfängnisverhütung** haben Sie im letzten Jahr vor Ihrer jetzigen Schwangerschaft eingesetzt? Mehrere Antworten sind möglich.

- hormonale, orale Kontrazeptiva (Pille)
- Spirale, IUP (intrauteriner Pessar)
- natürliche Kontrazeption (z.B. Temperaturmeßmethode)
- Kondom
- keine
- sonstiges: _____

34 Falls Sie **orale Kontrazeptiva** eingenommen haben, tragen Sie bitte ein, in welchem Zeitraum Sie diese eingenommen haben.

von

Monat	

1	9		
Jahr			

bis

Monat	

1	9		
Jahr			

Bitte geben Sie den Namen des letzten Präparates an: _____

35 Wann war der **erste Tag Ihrer letzten Monatsblutung**?

Tag	

Monat	

1	9		
Jahr			

36 Wann ist der **voraussichtliche Geburtstermin**?

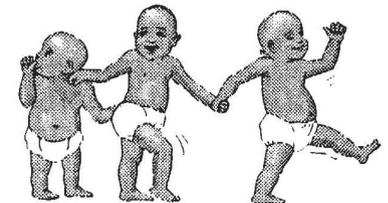
Tag	

Monat	

1	9		
Jahr			

37 **Wie häufig** waren Sie schon **schwanger** (inklusive der jetzigen Schwangerschaft)?

_____ mal



38 Haben Sie in den letzten **fünf Jahren** kontinuierlich in **Deutschland** gewohnt?

- ja nein

Wenn nein, wo haben Sie in den letzten fünf Jahren gewohnt? _____

Und seit wann wohnen Sie wieder in Deutschland?

Seit

--	--

 /

1	9		
---	---	--	--

Monat MonatJahr Jahr

39 In welcher **Wohnsituation** leben Sie momentan? *Bitte nur eine Antwort ankreuzen!*

- mit Partner in einer Wohngemeinschaft
 mit Kind/Kindern allein
 mit Partner und Kind/Kindern sonstiges: _____
 mit Verwandten (Eltern, Großeltern)

40 Sind Sie

- ledig verheiratet, getrennt lebend
 verheiratet verwitwet
 geschieden

41 Wie hoch war das **monatliche Einkommen**, das in Ihrem **gesamten Haushalt** im Januar 1995 zur Verfügung stand, d.h. das Nettoeinkommen, das alle zusammen im Haushalt nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben übrig haben?
(Falls Sie in der Frage 39 angegeben haben, daß Sie in einer Wohngemeinschaft leben, geben Sie bitte nur Ihr persönliches Einkommen an!)

- unter DM 1000 DM 2500 - 3000 DM 5000 - 7500
 DM 1000 - 1800 DM 3000 - 4000 über DM 7500
 DM 1800 - 2500 DM 4000 - 5000

Wieviele Personen werden mit diesem Einkommen **versorgt**? _____ Personen

Wieviele Personen sind davon **unter 18 Jahren**? _____ Personen

42 Welchen höchsten **allgemeinen Schulabschluß** haben Sie?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- noch in schulischer Ausbildung / keinen dieser Abschlüsse
 Volks-/Hauptschulabschluß
 Realschulabschluß, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluß
 Abschluß der polytechnischen Oberschule
 Fachhochschulreife
 allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

43 Welchen letzten **beruflichen Ausbildungsabschluß** haben Sie?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- Ich habe (noch) keinen beruflichen Ausbildungsabschluß
 Anlernausbildung
 Lehre mit Berufsschul- oder Berufsfachschulabschluß
 Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluß
 Fachschulausbildung in der ehemaligen DDR
 Fachhochschulabschluß (auch Ingenieurschulabschluß)
 Hochschulabschluß

44 Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre **derzeitige Situation** zu ?

- Erwerbstätig als: Vollzeitkraft
 Teilzeitkraft
 ausschließlich Hausfrau, nicht berufstätig
 in Ausbildung Schule
 Lehre
 Studium
 Praktikum, Freiwilliges Soziales Jahr
 ohne Arbeitsplatz, ohne Studien- oder Ausbildungsplatz
 arbeitslos gemeldet
 sonstiges: _____

45 Falls Sie bei Frage 44 „erwerbstätig“ oder „in Ausbildung“ angekreuzt haben, planen Sie auch während Ihrer Schwangerschaft, dem weiter nachzugehen?

- ja nein



Sind Sie interessiert, auch weiterhin an dieser Studie teilzunehmen ?

- ja, ich möchte weiter an der Studie teilnehmen
- nein, ich möchte nicht mehr an der Studie teilnehmen
- ich habe noch Fragen zur Studie

Es wäre sehr hilfreich, wenn wir am Ende Ihrer Schwangerschaft Ihren Mutterschaftspass einsehen könnten, um weitere, für Studienzwecke relevante Information (z.B. Ergebnisse von Routine-Untersuchungen) zu bekommen. Mit Ihrer Unterschrift sind sie mit den vorgesehenen Blutentnahmen einverstanden, sofern vorher keine gesundheitlichen Probleme auftreten; außerdem erlauben Sie uns, Ihrem/Ihrer Frauenarzt/-ärztin die Ergebnisse der Blutentnahmen weiterzugeben und Ihrem/Ihrer Frauenarzt/-ärztin, uns ggf. Informationen über den Schwangerschaftsverlauf zu gewähren.

Bitte unterschreiben Sie auf der folgenden Linie, wenn Sie mit dem oben Genannten einverstanden sind:

(Unterschrift)

Wir danken Ihnen vielmals für die Geduld beim Ausfüllen des Fragebogens. Falls Sie weiterhin an dieser Studie teilnehmen, werden wir Ihnen in den nächsten Tagen mitteilen, wie es weitergeht.

Bis dahin verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Ulrike Heins
Ulrike Heins

Corinna Koebnick
Corinna Koebnick

Rita Zydek
Rita Zydek

C. Leitzmann
Claus Leitzmann

