

Erhebung des Antikörperstatus bezüglich SARS-CoV-2 in der Stadt Halle

Hinweis

Bitte tragen Sie keine Daten in die ausgegrauten Felder ein.

Studien-Probanden-ID	— — —
Initialen	(z. B. „E M“ für den Namen Erika Musterfrau)
Geschlecht	Männlich Weiblich Andere
Geburtsjahr Geburtsort	
Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt (inklusive Ihnen)?	Volljährige Personen (ab 18 Jahren) Minderjährige Personen
Wie viele Zimmer hat Ihre Wohnung (einschließlich Bad und Küche)?	Anzahl der Zimmer
Wie viele Quadratmeter hat Ihre Wohnung?	Fläche in Quadratmeter
Familienstand	Verheiratet mit Ehepartner zusammenlebend dauernd getrennt lebend Eingetragene gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaft mit Partner zusammenlebend dauernd getrennt lebend Ledig mit Partner zusammenlebend Geschieden Verwitwet

Untersuchungszeitpunkt	Vorstudie Hauptstudie 1 Hauptstudie 2 Hauptstudie 3 Hauptstudie 4
------------------------	---

Untersuchungsdatum	
Interviewer/ Aufnahme durch	
Körpergröße	m
Körpergewicht	kg
BMI	

Postleitzahl	
Stadtbezirk	
Beruf	

<p>Üben Sie derzeit eine Tätigkeit mit erhöhter Ansteckungsgefahr für SARS-CoV-2 aus?</p> <p>Ja, Tätigkeit →</p> <p>Nein</p> <p>Weiß nicht</p> <p>Keine Angabe</p>

Ergebnis des/der Antikörper-Tests							
	IgG+	IgG-	IgG unklar	IgM+	IgM-	IgM unklar	technischer Fehler
Vorstudie Test 1							
Vorstudie Test 2							
Vorstudie Test 3							
Hauptstudie							

Bei bestimmten Erkrankungen besteht ein höheres Risiko für Infektionen allgemein bzw. nach jetzigem Kenntnisstand für einen schweren Verlauf von COVID-19.
Wurde bei Ihnen eine der genannten Erkrankungen festgestellt?

Erkrankung	Selbstangabe des Teilnehmers			Nehmen Sie/ Nimmt der Teilnehmer Medikamente gegen die genannte Erkrankung?		
	Ja	Nein	Weiß nicht	Ja	Nein	Weiß nicht
Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)						
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)						
Adipositas BMI >24						
Chronische Nierenerkrankung						
Wenn ja, welche?	↓					
Wenn bekannt, Niereninsuffizienz eGRF < 90 ml/m						
Schilddrüsenunterfunktion						
COPD						
Asthma						
Emphysem						
Andere chronische Lungenerkrankungen						
Wenn ja, welche?	↓					
Zustand nach Organtransplantation						
Wenn ja, welches?	↓					
Bösartige Neubildung (Krebserkrankung)						
Geschwächtes Immunsystem						
Herzfehler oder Herzinsuffizienz						

	Selbstangabe des Teilnehmers Ja Nein Weiß nicht	Nehmen Sie/der Teilnehmer Medikamente gegen die genannte Erkrankung? Ja Nein Weiß nicht
Koronare Herzkrankheit incl. Zustand nach Herzinfarkt		
Durchblutungsstörung z.B. der Beine (pAVK)		
Zustand nach Schlaganfall		
Zustand nach Thrombose		
Chronische Lebererkrankung Wenn ja, welche?	↓	

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?

Ja, täglich → ca. Zigaretten pro Tag
Ja, nicht täglich → ca. Zigaretten pro Woche
Nein, nicht mehr seit dem Jahr →
Nein

Wurde(n) bei Ihnen bereits PCR-Test(s) auf SARS-CoV-2 durchgeführt?

Ja →

Datum	Ergebnis			
	+	-	unklar	keine Angabe
Erster PCR-Test	→			
ggf. weitere	→			
	→			
	→			

Was war der Anlass (Mehrfachnennung möglich)?

Kontakt zu einem Infizierten
Symptome
Berufliche Tätigkeit
Sonstige →
Weiß nicht
Keine Angabe

Nein
Weiß nicht
Keine Angabe

Wenn bei Ihnen bereits ein Nachweis des neuen Coronavirus erfolgte, beschreiben Sie bitte, ob und welche Beschwerden Sie hatten.

	Lagen folgende Symptome vor?		
Häufige Symptome	Ja	Nein	Weiß nicht
Störung des Geruchs- bzw. Geschmackssinns			
Fieber			
Husten			
Halsschmerzen			
Schüttelfrost			
Allgemeine Schwäche			
Sonstige Schmerzen			
Laufende Nase/ Schnupfen			
Durchfall			
Weniger häufige Symptome	Ja	Nein	Weiß nicht
Atemnot			
Kopfschmerzen			
Gliederschmerzen			
Appetitlosigkeit			
Gewichtsverlust			
Übelkeit			
Bauchschmerzen			
Erbrechen			
Konjunktivitis			
Hautausschlag			
Lymphknotenschwellung			
Apathie			
Somnolenz			
Sehr seltene Manifestationen	Ja	Nein	Weiß nicht
Verfärbungen der Fusszehen („COVID-Zehen“)			
Bei Kindern: Hinweise auf Kawasaki-Syndrom?			

Wie und wo (ambulant oder im Krankenhaus) wurde Ihre Infektion bzw. bei schwerem Verlauf Ihre COVID-19 Erkrankung behandelt?			
Highest Level of Care	Ja	Nein	Weiß nicht
Nur ambulant			
Pneumonie			
COVID-bedingte Krankenhausaufnahme			
Sauerstoffgabe			
Wenn ja, wie viele Tage?	↓		
Beatmung			
Wenn ja, wie viele Tage?	↓		
ITS-Aufenthalt			

Gab es weitere Probleme/Komplikationen?
<p>Ja <input type="checkbox"/> → Bitte geben Sie an, welche Probleme/Komplikationen auftraten.</p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Keine Angabe <input type="checkbox"/></p>

Haben Sie noch Restbeschwerden/Folgeschäden?
<p>Ja <input type="checkbox"/> → Bitte geben Sie an, welche Restbeschwerden/Folgeschäden auftraten.</p> <p>Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Weiß nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Keine Angabe <input type="checkbox"/></p>

<p>Es wird vermutet, dass auch der Impfstatus eine Rolle für die Wahrscheinlichkeit einer Infektion mit dem neuen Coronavirus spielen kann. Z.B. wird vermutet, dass eine Impfung gegen Tuberkulose die Wahrscheinlichkeit für eine Infektion mit Sars-CoV-2 reduziert sowie auch die Rate schwerer Erkrankungsverläufe niedriger ist. Weiterhin treten bei COVID-19 häufig zusätzliche Infektionen mit anderen Erregern auf, so dass auch z.B. eine Pneumokokkenimpfung Komplikationen vermeiden könnte. Wir bitten Sie daher um einige Angaben zu Ihrem Impfstatus. Wenn Sie diesen nicht kennen, ist das kein Problem; bitte antworten Sie dann mit „Weiß nicht“.</p>				
Influenza, Saison 2019/2020	Ja	Nein	Weiß nicht	Letztes Impfsjahr
Wie oft lassen Sie sich gegen Influenza impfen?	Jährlich Fast immer jährlich öfters als 2x/ 5 Jahren seltener als 2x/ 5 Jahren Nie			
Pneumokokken BCG Mumps-Masern-Röteln	Ja	Nein	Weiß nicht	Impfsjahre bzw. letztes Impfsjahr

<p>Zum Schutz vor dem neuen Coronavirus werden verschiedene Verhaltensweisen für den Alltag und das tägliche Miteinander empfohlen. Denken Sie bitte an die letzten 7 Tage:</p>				
Haben Sie da...	Ja	Nein	Weiß nicht	
... den Kontakt mit älteren, hochbetagten oder chronisch kranken Menschen vermieden?				
... eine Schutzmaske bei Besorgungen oder im öffentl. Nahverkehr getragen?				
... das Einkaufen zu Stoßzeiten vermieden?				
...sich von Menschenansammlungen ferngehalten?				
... Abstand zu Menschen, die Husten, Schnupfen oder Fieber haben, gehalten?				
... Berührungen wie z.B. Händeschütteln oder Umarmungen vermieden?				
...regelmäßig Ihre Hände gewaschen (mindestens 20 Sekunden mit Wasser und Seife)				

Haben Sie in den letzten Wochen oder Monaten einen neu aufgetretenen Verlust des Geruchs-und/oder des Geschmackssinns bemerkt?
<p>Ja</p> <p>Nein</p> <p>Weiß nicht</p> <p>Keine Angabe</p>

Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben ?
<p>Sehr gut</p> <p>Gut</p> <p>Zufriedenstellend</p> <p>Weniger gut</p> <p>Schlecht</p>

Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?												
	ganz und gar unzufrieden						ganz und gar zufrieden					
Wie zufrieden sind Sie...	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
mit Ihrer Gesundheit												
mit Ihrem Schlaf												
mit Ihrer Freizeit												
mit Ihrem Familienleben												
mit Ihren Kontakten zu Freunden und Bekannten												

Wie ist es mit den folgenden Gebieten - machen Sie sich da Sorgen ?			
	Große Sorgen	Einige Sorgen	Keine Sorgen
Um die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung			
Um Ihre eigene wirtschaftliche Situation			
Um Ihre Gesundheit			
Falls Sie nicht infiziert waren/sind, dass Sie nicht die notwendige medizinische Versorgung erhalten falls Sie sich mit dem Coronavirus anstecken			
Dass Sie jemanden mit dem neuen Coronavirus anstecken			
Um den Schutz der Umwelt			
Um den sozialen Zusammenhalt der Gesellschaft			
Um die Versorgung mit wichtigen Gütern wie Lebensmittel, Hygieneartikel und Medikamente			
Um die Erschwinglichkeit dieser Güter			

Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?

- Haupt- oder Volksschul-Abschluss
- Mittlere Reife oder Abschluss der polytechnischen Oberschule
- Abitur, Fachhochschulreife
- Bin von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss
- Bin noch in Schulausbildung

Üben Sie derzeit eine Erwerbstätigkeit aus? Was trifft für Sie zu? Rentner, die zusätzlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, geben hier bitte die Erwerbstätigkeit an.

- Voll erwerbstätig
- In Teilzeitbeschäftigung
- In Kurzarbeit
- In betrieblicher Ausbildung/ Lehre oder betrieblicher Umschulung
- Geringfügig oder unregelmäßig erwerbstätig
- In Altersteilzeit mit Arbeitszeit Null
- Im Freiwilligen Sozialen/ Ökologischen Jahr, im Bundesfreiwilligendienst
- Wegen CORONA arbeitslos
- Nicht erwerbstätig

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit beschäftigt? Gemeint ist Ihre derzeitige berufliche Haupttätigkeit. Nur für Erwerbstätige (also Nicht-Nicht-erwerbstätig)

- Angestellte
- Arbeiter (auch in der Landwirtschaft)
- Beamte (einschließlich Richter und Berufssoldaten)
- Selbständige (einschl. mithelfende Familienangehörige)
- Auszubildende und Praktikanten

Geben Sie bitte jeweils an, wie häufig oder selten Sie dieses Gefühl in den letzten vier Wochen erlebt haben.

Wie oft haben Sie sich	sehr selten	selten	manchmal	oft	sehr oft
ärgerlich gefühlt?					
ängstlich gefühlt?					
glücklich gefühlt?					
traurig gefühlt?					

Im Folgenden möchten wir wissen, wie Sie generell im Leben mit schwierigen Zeiten umgehen.

Ich neige dazu, mich nach schwierigen Zeiten schnell zu erholen.

- Stimme überhaupt nicht zu
- Stimme eher nicht zu
- Teils-teils
- Stimme eher zu
- Stimme voll zu

Wie schätzen Sie sich persönlich ein: Sind Sie im Allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden? Antworten Sie bitte anhand der folgenden Skala, wobei der Wert 0 bedeutet: gar nicht risikobereit und der Wert 10: sehr risikobereit. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstimmen.

Gar nicht risikobereit							Sehr risikobereit			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hier sind unterschiedliche Eigenschaften aufgelistet, die eine Person haben kann.

	trifft überhaupt nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	trifft voll zu
Sie sind jemand, der/die...									
gründlich arbeitet									
kommunikativ, gesprächig ist									
manchmal etwas grob zu anderen ist									
originell ist, neue Ideen einbringt									
sich oft Sorgen macht									
verzeihen kann									
eher faul ist									
aus sich herausgehen kann, gesellig ist									
künstlerische, ästhetische Erfahrungen schätzt									
leicht nervös wird									
Aufgaben wirksam und effizient erledigt									
zurückhaltend ist									
rücksichtsvoll und freundlich mit anderen umgeht									
eine lebhaft Phantasie, Vorstellungen hat									
entspannt ist, mit Stress gut umgehen kann									
wissbegierig ist									

Die folgenden Aussagen kennzeichnen verschiedene Einstellungen zum Leben und zur Zukunft. In welchem Maße stimmen Sie persönlich den einzelnen Aussagen zu?	
	stimme überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 6 7 stimme voll zu
Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab	
Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht, was ich verdient habe	
Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück	
Wenn man sich sozial oder politisch engagiert, kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen	
Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen	
Erfolg muss man sich hart erarbeiten	
Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße, zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten	
Welche Möglichkeiten ich im Leben habe, wird von den sozialen Umständen bestimmt	
Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten, die man mitbringt	
Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren	

Zum Schluss möchten wir Sie noch nach Ihrer Zufriedenheit mit Ihrem Leben insgesamt fragen. Wie zufrieden sind Sie in der gegenwärtigen Situation, alles in allem, mit Ihrem Leben?	
Ganz und gar unzufrieden	Ganz und gar zufrieden
0 1 2 3 4 5 6 7 8	9 10