

Große Gesundheitsumfrage 2007/2008

– frei und unabhängig – (www.gesundheitsumfrage.net)

Was bedeutet für Sie „Gesundheit“?

Investieren Sie 10 Minuten in Ihre Gesundheit und teilen uns Ihre Meinung mit!

■ Welche Maßnahmen zur **Gesundheitspflege** und **-vorsorge** treffen Sie?

Gewichtung Ihrer Aktivitäten (1=sehr wichtig bis 6=unwichtig)	Häufigkeit Ihrer Aktivitäten
<input type="checkbox"/> Fitnesstraining (z. B. Jogging, Fahrrad fahren, Schwimmen)	Std./Woche:
<input type="checkbox"/> Kraftsport (z. B. Bodybuilding)	Std./Woche:
<input type="checkbox"/> „Slow-Sports“ (z. B. Spaziergehen, Tai Chi, Qi Gong, Feldenkrais)	Std./Woche:
<input type="checkbox"/> Wellness-Programme (z. B. Körperpflege, Anti-Stress-Maßnahmen, Entspannungsübungen, Ausruhen)	Std./Woche:
<input type="checkbox"/> Kuren mal alle 5 Jahre
<input type="checkbox"/> Gesunde Ernährung	
<input type="checkbox"/> Leichte Küche (z. B. vegetarisch, Frischkost) <input type="checkbox"/> Trennkost <input type="checkbox"/> Diätprodukte	
<input type="checkbox"/> Weniger Fast-Food und Fertiggerichte <input type="checkbox"/> Andere:	
<input type="checkbox"/> Nahrungsergänzungspräparate (z. B. Vitamine, Mineralstoffe)	1-mal pro
<input type="checkbox"/> Ausreichend Flüssigkeit trinken	Liter/Tag:
<input type="checkbox"/> „Gehirn-Jogging“ (Mentaltraining, Denksport)	Std./Woche:
<input type="checkbox"/> Den Sinn im eigenen Leben erkennen (Spiritualität/Religiosität)	
<input type="checkbox"/> Sich ein harmonisches Umfeld schaffen (Familie, Freunde, bei der Arbeit etc.)	
<input type="checkbox"/> Naturheilverfahren/Alternativmedizin (z. B. Akupunktur, Homoöopathie)	
<input type="checkbox"/> Regelmäßige Arztbesuche (z. B. Vorsorgeuntersuchungen)	Anzahl/Jahr:
<input type="checkbox"/> Impfungen	
<input type="checkbox"/> Verzicht auf Suchtmittel (Rauchen, Trinken, Süßigkeiten, Drogen etc.)	
<input type="checkbox"/> Schönheitsoperationen	Anzahl/Jahr:
<input type="checkbox"/> Hormonpräparate	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

■ Was tun Sie im **Krankheitsfall**?

Bitte max. 5 Kreuze pro Zeile	Arzt aufsuchen	Heilpraktiker aufsuchen	Geistheiler aufsuchen	Selbsthilfegruppe aufsuchen	Selbstmedikation	Freunde um Rat fragen	Recherche in Büchern/Zeitschriften	Internet-Recherche	Nichts tun/Abwarten	Änderung der Lebensführung (Aus)Ruh	In Kur gehen	Operation	Organersatz (Transplantation)	Neue experimentelle Verfahren (Gen-/Klon-Technik etc.)
bei akuten Erkrankungen (z. B. Erkältung, Entzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei chronischen Beschwerden (z. B. Asthma, Rheuma, Allergien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei „ unheilbaren “ Krankheiten (z. B. Krebs, AIDS, Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Unfällen/Sportleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ Zusatzfrage zum Thema **Krebs**: Wie würden Sie sich als Betroffene(r) behandeln lassen?

<input type="checkbox"/> Ausschließlich schulmedizinisch (Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung)
<input type="checkbox"/> Zusätzlich naturheilkundlich/alternativmedizinisch (z. B. Mistelpräparate)
<input type="checkbox"/> Ausschließlich naturheilkundlich/alternativmedizinisch

■ Welche Wirkung schreiben Sie „**Selbtheilungskräften**“ (Placebo, Spontanheilung etc.) zu?

<input type="checkbox"/> (1=sehr wichtig bis 6=unwichtig)
■ Nach was sehnen Sie sich am meisten, wenn Sie krank sind?
<input type="checkbox"/> allein/ungestört zu sein
<input type="checkbox"/> umsorgt zu werden
<input type="checkbox"/> sonstiges:

■ Bevorzugen Sie eher ...

schulmedizinische Präparate/Anwendungen?
 erstattungsfähige (von der Krankenkasse)
 rezeptfreie
 nicht zugelassene (z. B. Ausland, Internet)

naturheilkundliche Mittel/Methoden?
 erstattungsfähige (von der Krankenkasse),
 z. B. Homöopathie, Akupunktur
 nicht erstattungsfähige

■ Welchen **Betrag** geben Sie **monatlich für Ihre Gesundheit** aus, der von der Krankenkasse nicht ersetzt wird?

0-10 € 11-50 € 51-100 € 101-200 € 201-500 € mehr als 500 €

■ Würden Sie größere gesundheitliche Maßnahmen (z. B. Operationen) **auch im Ausland** durchführen lassen?

ja nein weiß ich im Moment nicht

■ Die großen Volkskrankheiten ...	AIDS	Krebs	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Infarkte, Thrombosen etc.)	Autoimmunerkrankungen (Allergien, MS, Diabetes etc.)	Unbek. Erreger/Seuchen	Umwelterkrankungen (z. B. Elektrosmog, Amalgam)
... werden besiegt in ...	__ Jahren	__ Jahren	__ Jahren	__ Jahren	__ Jahren	__ Jahren
... werden eher zunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst habe ich vor ... (1=keine bis 6=sehr viel)	---	---	---	---	---	---

■ Werden **neue Krankheiten** hinzukommen? nein ja Falls ja, welche?

■ Was würden Sie an unserem **Gesundheitswesen verbessern**?

■ Was bedeutet für Sie **Erfüllung im Leben** (1=sehr wichtig bis 6=unwichtig)?

__ möglichst lange leben	__ das Leben genießen	__ gesund sein	__ viel Geld	__ viel Freizeit
__ Familie/Freunde	__ Selbstverwirklichung	__ geliebt werden	__ Sexualität	__

■ Wie entwickelt sich unsere **Umwelt** in den nächsten 10 Jahren (1=besser bis 6=schlechter)

__ Luftqualität __ Wasserqualität __ Lebensmittelqualität __ Bodenqualität

■ Wie oft kaufen Sie im Naturkostladen, Biobauernhof oder Reformhaus ein?

Zurzeit: _____ mal pro Monat In Zukunft: _____ mal pro Monat

■ Würden Sie lieber woanders leben?

nein ja Falls ja: Wo? _____ Ab wann? _____ Und warum? _____

Angaben zu Ihrer Person

Alter	<input type="checkbox"/> unter 21	<input type="checkbox"/> 21-30	<input type="checkbox"/> 31-40	<input type="checkbox"/> 41-50	<input type="checkbox"/> 51-60	<input type="checkbox"/> über 60
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich				
Bildungsstand	<input type="checkbox"/> Haupt-/Realschulabschluss	<input type="checkbox"/> abgeschlossene Lehre	<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Hochschulabschluss	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Familienstand	<input type="checkbox"/> Single	<input type="checkbox"/> in Beziehung, ohne Kind	<input type="checkbox"/> in Beziehung, mit Kind	<input type="checkbox"/> allein erziehend		
Berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> angestellt	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> arbeitslos	<input type="checkbox"/> in Rente	<input type="checkbox"/>	
Haushaltsgröße	__ Personen					
Nettoeinkommen	<input type="checkbox"/> Bis 300 €	<input type="checkbox"/> 301-1.000 €	<input type="checkbox"/> 1.001-3.000 €	<input type="checkbox"/> mehr als 3.001 €	je Haushalt monatlich	
Wohnlage	<input type="checkbox"/> Stadt	<input type="checkbox"/> Stadtrand	<input type="checkbox"/> Land			
Postleitzahl	PLZ (0-9): _____					
Versicherungen	<input type="checkbox"/> gesetzliche Krankenvers.	<input type="checkbox"/> private Krankenvers.	<input type="checkbox"/> Zusatzvers.	<input type="checkbox"/> Lebensvers.	<input type="checkbox"/> Berufsunfähigkeitsvers.	
Woher beziehen Sie Ihr Gesundheitswissen?	<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Vorträge, Messen	<input type="checkbox"/> Arzt/Heilpraktiker	<input type="checkbox"/> Apotheker	
	<input type="checkbox"/> Bücher	<input type="checkbox"/> Tageszeitung	<input type="checkbox"/> Zeitschriften	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/>	
Halten Sie sich für einen religiösen oder spirituellen Menschen?	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?	<input type="checkbox"/> ja, aktiv		<input type="checkbox"/> ja, passiv		<input type="checkbox"/> nein	
Leiden Sie derzeit an gesundheitlichen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja		Falls ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Ich möchte per E-Mail informiert werden, sobald die Ergebnisse der Umfrage vorliegen.						
Meine E-Mail-Adresse lautet:@.....						

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an das Future-Institute Berlin, Französische Straße 8-12, 10117 Berlin, Fax 0700/38887663. Wir garantieren den Schutz Ihrer Daten!