

# Große Gesundheitsumfrage 2010

– frei und unabhängig – ([www.gesundheitsumfrage.net](http://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"/> Weniger Fast-Food und Fertiggerichte	<input type="checkbox"/> Diätprodukte
	<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	Geistlicher 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 <b>akuten</b> 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 <b>chronischen</b> 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 „ <b>unheilbaren</b> “ 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 <b>Unfällen/Sportleiden</b>	<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?

Ausschließlich schulmedizinisch (Operation, Chemotherapie und/oder Bestrahlung)

Zusätzlich naturheilkundlich/alternativmedizinisch (z. B. Mistelpräparate)

Ausschließlich naturheilkundlich/alternativmedizinisch

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

(1=sehr wichtig bis 6=unwichtig)

### ■ Nach was sehnen Sie sich am meisten, wenn Sie krank sind?

allein/ungestört zu sein

umsorgt zu werden

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?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja Falls ja: Wo? _____ Ab wann? _____ Und warum? _____
-------------------------------	---

## Angaben zu Ihrer Person

Alter  unter 21  21-30  31-40  41-50  51-60  über 60

Geschlecht  weiblich  männlich

Bildungsstand  Haupt-/Realschulabschluss  abgeschlossene Lehre  Abitur  Hochschulabschluss  Sonstiges: .....

Familienstand  Single  in Beziehung, ohne Kind  in Beziehung, mit Kind  allein erziehend

Berufliche Tätigkeit  angestellt  selbständig  arbeitslos  in Rente  .....

Haushaltsgröße \_\_\_\_\_ Personen

Nettoeinkommen  Bis 300 €  301-1.000 €  1.001-3.000 €  mehr als 3.001 € je Haushalt monatlich

Wohnlage  Stadt  Stadtrand  Land

Postleitzahl PLZ (0-9): \_\_\_\_\_

Versicherungen  gesetzliche Krankenvers.  private Krankenvers.  Zusatzvers.  Lebensvers.  Berufsunfähigkeitsvers.

Woher beziehen Sie Ihr Gesundheitswissen?  Fernsehen  Radio  Vorträge, Messen  Arzt/Heilpraktiker  Apotheker

Bücher  Tageszeitung  Zeitschriften  Internet  .....

Halten Sie sich für einen religiösen oder spirituellen Menschen?  ja  nein

Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an?  ja, aktiv  ja, passiv  nein

Leiden Sie derzeit an gesundheitlichen Beschwerden?  nein  ja Falls ja, welche? .....

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!**