

Weitere Hinweise zur Auskunftspflicht, zum Datenschutz, zu Zweck, Art und Umfang der Erhebung, zur Auskunftserteilung, zu Trennung und Löschung und zu den Rechten und Pflichten des Interviewers sind der „Kurzinformation für die Befragten“ zu entnehmen.

Ordnen Sie jede Person einer Antwortspalte zu, und zwar in der gleichen Reihenfolge wie im Grundbogen.

		Reihenfolge der Personen bitte wie im Grundbogen des Mikrozensus				
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
01	Lfd. Nr. der Person im Haushalt Bei mehr als 5 Personen im Haushalt weiteren <i>(Reihenfolge wie im Grundbogen)</i> <i>Ergänzungsbogen anlegen und mit „06“ beginnen.</i>	01	02	03	04	05
02	Geschlecht männlich weiblich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
03	Geburtsjahr Bitte das Jahr angeben!	19 <input style="width: 20px;" type="text"/>	19 <input style="width: 20px;" type="text"/>	19 <input style="width: 20px;" type="text"/>	19 <input style="width: 20px;" type="text"/>	19 <input style="width: 20px;" type="text"/>
Amtlich anerkannte Behinderteneigenschaft						
04	Ist für Sie eine Behinderung bzw. eine Minderung der Erwerbsfähigkeit durch amtlichen Bescheid festgestellt oder haben Sie einen entsprechenden Antrag gestellt? Ja, und zwar durch Bescheid des Versorgungsamtes/amtlicher Schwer-(Kriegs-)beschädigten-, Schwerbehinderten-Ausweis Sonstiger amtlicher Bescheid (z. B. Rentenbescheid, Verwaltungs- oder Gerichtsentscheidung) Sowohl Bescheid/Ausweis des Versorgungsamtes usw. („1“) als auch sonstiger amtlicher Bescheid („2“) Antrag gestellt, aber noch keinen Bescheid erhalten Nein, keine amtlich festgestellte Behinderung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 9
05	Wie hoch ist der Grad der Behinderung bzw. wieviel Prozent beträgt die amtlich festgestellte Minderung der Erwerbsfähigkeit?					
	bis 29%	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	30 – 49%	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	50 – 59%	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	60 – 69%	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	70 – 79%	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	80 – 89%	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
	90 – 99%	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
	100%	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
	Nicht bekannt	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

Die Auskunft zu den folgenden Fragen ist freiwillig:

Krankheiten und Unfallverletzungen		Reihenfolge der Personen bitte wie im Grundbogen des Mikrozensus				
		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
		01	02	03	04	05
06 Waren Sie in den letzten 4 Wochen (einschließlich heute) krank (auch chronisch) bzw. unfallverletzt?	Ja, krank	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	unfallverletzt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Nein	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
	Keine Auskunft	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0
Nur für heute bzw. in den letzten 4 Wochen kranke/unfallverletzte Personen						
07 Dauert Ihre Krankheit bzw. Unfallverletzung heute noch an?	Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Nein	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
08 Wie lange dauert(e) Ihre Krankheit bzw. Unfallverletzung?	1–3 Tage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	über 3 Tage–1 Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	über 1 Woche–2 Wochen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	über 2 Wochen–4 Wochen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	über 4 Wochen–6 Wochen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	über 6 Wochen–1 Jahr	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
	über 1 Jahr	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
09 Waren Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Krankheit bzw. Unfallverletzung in ärztlicher oder Krankenhausbehandlung?	Ja, und zwar: in ambulanter Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	beim Arzt	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	im Krankenhaus	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	in stationärer Krankenhausbehandlung	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
10 Wenn Sie sich in stationärer Krankenhausbehandlung befanden („3“ in Frage 09): Wie lange dauerte diese Behandlung?	1–3 Tage	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	über 3 Tage–1 Woche	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	über 1 Woche–2 Wochen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	über 2 Wochen–3 Wochen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	über 3 Wochen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	noch andauernd	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
11 Waren Sie in den letzten 4 Wochen wegen Ihrer Krankheit bzw. Unfallverletzung arbeitsunfähig?	Ja, Arbeitsunfähigkeit ist beendet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Arbeitsunfähigkeit dauert noch an	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Nein	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
12 Wenn Sie unfallverletzt waren/sind: Welcher Art war Ihr Unfall?	Arbeits-/Dienstunfall (ohne Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Verkehrsunfall (einschl. Wegeunfall)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Häuslicher Unfall	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Freizeitunfall (Sport/Spiel/sonst. Freizeitbeschäftigung)	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	Sonstiger Unfall (einschl. Schulunfall)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

Rauchgewohnheiten			1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
			01	02	03	04	05
13	Sind Sie gegenwärtig Raucher?	Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
14	Wenn „Nein“: Waren Sie früher Raucher?	Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> 1 gelegentlich <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Nur für gegenwärtige bzw. frühere Raucher							
15	In welchem Alter fingen Sie an zu rauchen?	Bitte Alter angeben <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
16	Was rauchen bzw. rauchten Sie überwiegend?	Zigaretten <input type="checkbox"/> 1 Zigarren, Zigarillos <input type="checkbox"/> 2 Pfeifentabak <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
17	Wenn „Zigaretten“: Wie viele Zigaretten rauchen bzw. rauchten Sie täglich?	Weniger als 5 <input type="checkbox"/> 1 5 – 20 <input type="checkbox"/> 2 21 – 40 <input type="checkbox"/> 3 41 und mehr <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
Verwendung von Jodsalz							
18	Verwenden Sie Jodsalz?	Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 9 Nicht bekannt <input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
19	Wenn „Nein“ bzw. „Nicht bekannt“: Warum nicht?	Jodsalz unbekannt <input type="checkbox"/> 1 Bedeutung für die Gesundheitsvorsorge unbekannt <input type="checkbox"/> 2 Aus sonstigen Gründen <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1