



Teilprojekt 2

**NLGA** Niedersächsisches  
Landesgesundheitsamt

ID-Nr.

# Befragung von Hausarztpatienten/innen

---

## in Niedersachsen

Im Rahmen eines Verbundprojektes\* zur „Verbesserung der Öffentlichen  
Gesundheit durch ein besseres Verständnis der Epidemiologie  
nagetierübertragener Krankheiten“

Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)  
Roesebeckstr. 4-6  
30449 Hannover

Ihre Ansprechpartnerinnen im NLGA:  
Maren Mylius      Tel.: 0511-4505-307  
Christina Princk    Tel.: 0511-4505-268

Gefördert vom:



\* Verbundprojekt RoBoPub: Rodent Borne Pathogens and Public Health; deutsche Übersetzung:  
Nagetierübertragene Erreger und öffentliche Gesundheit

**Liebe Studienteilnehmerin, lieber Studienteilnehmer,**

Vielen Dank, dass Sie sich für eine Teilnahme an unserer Studie entschieden haben. Sie leisten damit einen wertvollen Beitrag in der Erforschung von Hantavirus-Erkrankungen und Leptospirosen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird **ca. 20 Minuten** Ihrer Zeit in Anspruch nehmen. Nähere Informationen zum Ziel der Studie und zum Umgang mit Ihren Daten entnehmen Sie bitte der beiliegenden Studieninformation.

Sollten noch Fragen offengeblieben sein, kontaktieren Sie uns gerne unter den angegebenen Kontaktdaten.

## Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

- Lesen Sie jede Frage vor dem Beantworten sorgfältig durch und markieren Sie dann die Antwort, die am besten auf Sie zutrifft. Kreuzen Sie gegebenenfalls auch „Nein“ oder „Weiß nicht“ als Antwort an, wenn diese Antwort am besten zutrifft.
- In die folgenden Felder tragen Sie bitte Zahlen ein.

Beispiel: **Ausfülldatum des Fragebogens:** | 1 | 4 | . | 0 | 6 | . | 2 | 0 | 1 | 8 |

- Bei der folgenden Art von Fragen entscheiden Sie sich bitte zwischen den Antwortvorgaben und kreuzen Sie das für Sie zutreffende an.

Beispiel: **Geschlecht:**  Männlich  Weiblich

- Bei einigen Fragen haben Sie die Möglichkeit, eine Antwort in eigenen Worten zu formulieren. Nutzen Sie bitte, die dafür vorgesehenen Linien und schreiben Sie nach Möglichkeit in Blockschrift oder Druckbuchstaben.

Beispiel:

**In welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt haben Sie die längste Zeit in Ihrem Leben gewohnt?**

LANDKREIS OSNABRÜCK

- Falls Sie eine Antwort korrigieren möchten machen Sie dies bitte genau kenntlich.

Beispiel:

16. Wie häufig unternehmen Sie in Ihrer Freizeit folgende Aktivitäten „im Grünen“?				
	Nie	Selten (höchstens 1x/Monat)	Gelegentlich (mehrmals/pro Monat)	Häufig (min. 1x/Woche oder mehr)
spazieren gehen, wandern, joggen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Herzlichen Dank!

**Ihr NLGA-Team**

# FRAGEBOGEN

Ausfülldatum des Fragebogens:

|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_|\_|\_|

<b>ALLGEMEINE PERSONENANGABEN</b>	
<b>1.</b>	<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich
<b>2.</b>	<b>Alter:</b>  _ _  Jahre
<b>3.</b>	<b>Postleitzahl Ihres aktuellen Wohnortes:</b>  _ _ _ _ _
<b>4.</b>	<b>In welchem Landkreis bzw. in welcher kreisfreien Stadt haben Sie die längste Zeit in Ihrem Leben gewohnt?</b>  _____
<b>ANGABEN ZUR WOHLNAGE</b>	
<b>5.</b>	<b>In welcher Wohnlage haben Sie die längste Zeit in Ihrem Leben gewohnt?</b>  <input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> ländlich/ dörflich <input type="checkbox"/> in Einzellage  Anders und zwar: _____
<b>6.</b>	<b>Haben Sie jemals in der Nähe von ... gewohnt?</b>  ...einem Gewässer (z.B. Teich, See, Bach, Fluss, ...) <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis zu 100 m <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 100 m <input type="checkbox"/> Weiß nicht  ...einem Waldrand oder kleineren Baumgruppen... <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bis zu 100 m <input type="checkbox"/> Ja, mehr als 100 m <input type="checkbox"/> Weiß nicht  <div style="text-align: center;">                         ↪ Wenn ja, um was für eine Art von Bäumen handelt/e es sich?  <input type="checkbox"/> Nadelbäume                      <input type="checkbox"/> Laubbäume                      <input type="checkbox"/> Unbekannt                     </div> Falls genauer bekannt, bitte Baumart hier eintragen: _____

## ANGABEN ZUR GESUNDHEIT

<b>7.</b>	<b>Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden chronischen Erkrankungen diagnostiziert?</b>		
	Diabetes	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	In welchem Jahr oder Alter wurde die Diagnose gestellt? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Asthma/ COPD	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	In welchem Jahr oder Alter wurde die Diagnose gestellt? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	In welchem Jahr oder Alter wurde die Diagnose gestellt? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	<b>Nehmen Sie eines der folgenden, das Immunsystem unterdrückenden, Medikamente regelmäßig ein?</b>		
<b>8.</b>	Biologika <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	Seit wann? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Cortisonhaltige Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	Seit wann? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	<b>Wurde bei Ihnen jemals eine <u>Infektion oder Erkrankung mit Hantaviren</u> festgestellt und wenn ja, wann?</b>		
<b>9.</b>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	In welchem Jahr oder Alter wurde die Diagnose gestellt? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	<b>Wurde bei Ihnen jemals eine <u>Infektion mit Leptospiren/ Leptospirose</u> festgestellt und wenn ja, wann?</b>		
<b>10.</b>		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja →	In welchem Jahr oder Alter wurde die Diagnose gestellt? Jahr  __ __ __ __  oder Alter  __ __  <input type="checkbox"/> Weiß nicht

<sup>1</sup> Biologika = bio-technologisch hergestellte Medikamente mit Wirkstoffen wie z.B. Adalimumab, Etanercept, Rituximab, Infliximab ,...

11.	<b>Hatten Sie jemals eines oder mehrere der folgenden Symptome, die im Rahmen einer akuten Erkrankung ohne eindeutige Ursache aufgetreten sind?</b>		
	Hirnhautentzündung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Bindehautentzündung (,rote Augen')	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Gelbsucht (,gelbe Augen')	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht
	Nierenfunktionsstörung/ Nierenversagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Weiß nicht
12.	<b>Rauchen Sie zurzeit – wenn auch nur gelegentlich?</b>		
	<input type="checkbox"/> Ja →	Wie viel rauchen Sie derzeit gewöhnlich?  _ _  Anzahl Zigaretten pro Tag	
		<u>Falls Sie regelmäßig<sup>2</sup> rauchen:</u> Wann haben Sie angefangen, regelmäßig <sup>1</sup> zu rauchen? Jahr  _ _ _ _  oder Alter  _ _	
	<input type="checkbox"/> Nein, ich habe früher regelmäßig <sup>2</sup> geraucht, aber jetzt nicht mehr. →	Wie viel haben Sie früher gewöhnlich geraucht?  _ _  Anzahl Zigaretten pro Tag	
		Wann haben Sie angefangen regelmäßig <sup>1</sup> zu rauchen? Jahr  _ _ _ _  oder Alter  _ _	
	Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? Jahr  _ _ _ _  oder Alter  _ _		
	<input type="checkbox"/> Nein, ich habe noch <u>nie</u> regelmäßig <sup>2</sup> geraucht.		

<sup>2</sup> Unter regelmäßig verstehen wir:

1 Zigarette pro Tag oder mindestens 5 Zigaretten pro Woche oder mindestens 1 Packung Zigaretten pro Monat für mindestens 6 Monate

FREIZEITVERHALTEN							
13.	<b>Wie viele Jahre Ihres Lebens hatten Sie oder ein Haushaltsmitglied eines oder mehrere der folgenden Haustiere?</b>						
		Nie	<1 Jahr	2-5 Jahre	6-10 Jahre	>10 Jahre	Ein Leben lang
	Hund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Katze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reptil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagetier -Welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes Haustier - Welches? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	<b>Wie lange gehen Sie durchschnittlich <u>unter der Woche (Mo-Fr)</u> in Ihrer Freizeit in der Zeit von Frühling bis Herbst folgenden Beschäftigungen nach?</b> <i>Die Zeitangabe soll für alle Tage zusammen angegeben werden.</i> <i>Die Angabe „2-5 Stunden“ bedeutet also 2-5 Stunden in der Woche von Mo-Fr.</i>						
		(Fast) gar nicht	<1 Stunde	2-5 Stunden	6-10 Stunden	>10 Stunden	
	Aufenthalt im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Aufenthalt im Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arbeit mit Pflanzen und Erde, z.B. Gartenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arbeit mit Holz, z.B. Sägen, Stapeln etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kontakt zu Tieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeit mit Saatgut, Futtermittel, Dünger o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

15.	<b>Wie lange gehen Sie durchschnittlich am <u>Wochenende (Sa-So)</u> in Ihrer Freizeit in der Zeit von Frühling bis Herbst folgenden Beschäftigungen nach?</b>					
	<i>Die Zeitangabe soll für das gesamte Wochenende angegeben werden.</i>					
	<i>Die Angabe „2-5 Stunden“ bedeutet also 2-5 Stunden an einem Wochenende (Sa-So).</i>					
		(Fast) gar nicht	<1 Stunde	2-5 Stunden	6-10 Stunden	>10 Stunden
	Aufenthalt im Freien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aufenthalt im Wald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeit mit Pflanzen und Erde, z.B. Gartenarbeit Arbeit mit Holz, z.B. Sägen, Stapeln etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt zu Tieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arbeit mit Saatgut, Futtermittel, Dünger o.ä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16.	<b>Wie häufig unternehmen Sie in Ihrer Freizeit folgende Aktivitäten „im Grünen“?</b>					
		Nie	Selten (höchstens 1x/Monat)	Gelegentlich (mehrmals/ Monat)	Häufig (min. 1x/ Woche oder mehr)	
	Spazieren gehen, wandern, joggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Jagen, Angeln <i>(in der jeweiligen Saison)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Arbeit im Garten/ Schrebergarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige Aktivitäten? - Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
17.	<b>Wie häufig gehen Sie in Ihrer Freizeit folgenden Wassersportarten nach?</b> <i>(in der jeweiligen Saison)</i>					
		Nie	Selten (höchstens 1x/Monat)	Gelegentlich (mehrmals/ Monat)	Häufig (min. 1x/ Woche oder mehr)	
	Baden (z.B. im See, Bach oder Teich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Segeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Tauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kanu/ Kajak/ Rafting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Surfen/ Kiten Sonstige Wassersportarten? - Welche? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## KONTAKT ZU NAGETIEREN

<b>18. Wie häufig haben Sie in den vergangenen 10 Jahren in Ihrem Wohnumfeld/Arbeitsumfeld Anzeichen für Nagetiere entdeckt?</b>		Gar nicht	1-2 mal	3-5 mal	Mehr als 5 mal
	Kot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagespuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schmierspuren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nester, Bauten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tote Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebende Tiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Veränderter Geruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>19. Wie häufig wurden bzw. haben Sie in den vergangenen 10 Jahren...?</b>		Gar nicht	1-2 mal	3-5 mal	Mehr als 5 mal
	Von Nagetieren gebissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lebendige Nagetiere berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tote Nagetiere berührt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tierställe gereinigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lagerräume, Garagen, Dachböden o.ä. ausgefegt oder aufgeräumt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## WISSEN ÜBER ERKRANKUNGEN

<b>20. Haben Sie bereits von Hantaviren bzw. von Hantavirus-Erkrankungen gehört?</b>						
		<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja			
		<b>→ weiter mit Frage 21</b>	Wenn Ja, wodurch und wie oft?			
		↓				
		Nie	Ca. einmal	2-10 mal	> 10 mal	Immer wieder
	Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bekannte, Kollegen, Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokalzeitung, Zeitschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fernsehen, Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internet, Soziale Medien (WhatsApp, Facebook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information durch Gemeinde oder Landkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Information durch Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



21.	<b>Haben Sie bereits von Leptospiren bzw. Leptospirose gehört?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 22		<input type="checkbox"/> Ja Wenn Ja, wodurch und wie oft?			
		Nie	Ca. einmal	2-10 mal	> 10 mal	Immer wieder
	Familienangehörige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bekannte, Kollegen, Nachbarn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lokalzeitung, Zeitschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fernsehen, Radio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Internet, Soziale Medien (WhatsApp, Facebook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information durch Gemeinde oder Landkreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesundheitsamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Information durch Arbeitgeber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>INFORMATIONEN IHRES GESUNDHEITSAMTES</b>						
22a.	<b>Sind Ihnen die Pressemitteilungen Ihres Gesundheitsamtes zu Hantavirus-Erkrankungen/ Leptospirose bekannt?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein → weiter mit Frage 23		<input type="checkbox"/> Ja			
22b.	<b>Waren die Pressemitteilungen des Gesundheitsamtes hilfreich für Sie?</b>					
	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nicht gelesen			
22c.	<b>Wo haben Sie die Pressemitteilung des Gesundheitsamtes gesehen/gelesen?</b>					
	<input type="checkbox"/> Zeitung		<input type="checkbox"/> Internet			
	Anderswo? → Wenn ja, wo? Hier bitte eintragen: _____					
22d.	<b>Über welches Medium würden Sie von Ihrem Gesundheitsamt zukünftig gern informiert werden?</b>					
	<input type="checkbox"/> Beim Arzt	<input type="checkbox"/> Per Zeitung	<input type="checkbox"/> Per Post			
	<input type="checkbox"/> Per E-Mail	<input type="checkbox"/> über Soziale Medien (z.B. Facebook, Twitter,...)		<input type="checkbox"/> Radio		
	<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Gar nicht				
	Anders? → Wenn ja, wie? Hier bitte eintragen: _____					

ANWENDUNG VON PRÄVENTIONSMABNAHMEN					
23a.	<b>Haben Sie in der Vergangenheit bewusst Maßnahmen zum Schutz vor nagetierübertragenen Infektionen ergriffen?</b>				
		Nie	Manchmal	Immer	Trifft nicht zu
	Tragen eines <b>Mund- und Nasenschutzes</b> z.B. beim Ausfegen von Lagerräumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tragen von <b>Schutzhandschuhen</b> z.B. beim Berühren von Nagetieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Händewaschen</b> nach dem Berühren von Nagetieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23b.	<b>Haben Sie in der Vergangenheit bewusst Maßnahmen ergriffen um Ihr zu Hause frei von Mäusen zu halten?</b>				
		Nie	Manchmal	Immer	Trifft nicht zu
	Abfallbeseitigung in verschließbaren Müllbeuteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mögliche Eintrittsstellen ins Haus abgedichtet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Unterschlupf- und Nistmöglichkeiten für Nager beseitigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23c.	<b>Haben Sie in der Vergangenheit bewusst Maßnahmen zur Bekämpfung von Mäusen ergriffen?</b>				
		Nie	Manchmal	Immer	Trifft nicht zu
	Schlagfallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nagergifte (Rodentizide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schädlingsbekämpfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23d.	<b>Haben Sie in der Vergangenheit bewusst folgende Maßnahmen bei der Beseitigung von Mäusen, Mäuseausscheidungen und der abschließenden Reinigung beachtet?</b>				
		Nie	Manchmal	Immer	Trifft nicht zu
	Lüften vor der Reinigung eines Raumes mit Mausbefall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Staubaufwirbelung vermeiden bei der Entfernung von Mäusekot und Nestmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reinigung aller gebrauchten Fallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SCHULBILDUNG UND BERUF

<b>24.</b>	<p><b>Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?</b></p> <p>Schüler/in, Besuch einer allgemeinbildenden Vollzeitschule <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Von der Schule abgegangen ohne Schulabschluss <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss) oder gleichwertiger Abschluss <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Realschulabschluss (Mittlere Reife) oder gleichwertiger Abschluss <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Abitur/ Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/></span></p> <p>Einen anderen Schulabschluss? - Welchen?</p> <hr/>																																											
<b>25.</b>	<p><b>Sind Sie jemals haupt- oder nebenberuflich tätig gewesen, ...?</b> <i>(Mehrfachnennungen sind möglich)</i></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Nein</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ja</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">Bitte Jahreszahlen eintragen.</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Von...</th> <th style="text-align: center;">Bis...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>...als Landwirt/ Schäfer</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>...als Gärtner bzw. im Gartenbau/ Straßenmeisterei</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>...als Förster/ Forstbediensteter</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>Als Arbeiter/In in der Abfallwirtschaft (z.B. Müllentsorgung, Kanal/Abwasser, ...)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>...als Jäger</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> <tr> <td>...in einem anderem Beruf, in dem Sie sich viel in der freien Natur aufgehalten haben?</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> →</td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> <td style="text-align: center;"> _ _ _ _ </td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">Wenn ja, bitte <b>Berufsbezeichnung</b> hier eintragen.</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <hr/>					Nein	Ja	Bitte Jahreszahlen eintragen.					Von...	Bis...	...als Landwirt/ Schäfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _	...als Gärtner bzw. im Gartenbau/ Straßenmeisterei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _	...als Förster/ Forstbediensteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _	Als Arbeiter/In in der Abfallwirtschaft (z.B. Müllentsorgung, Kanal/Abwasser, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _	...als Jäger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _	...in einem anderem Beruf, in dem Sie sich viel in der freien Natur aufgehalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _
	Nein	Ja	Bitte Jahreszahlen eintragen.																																									
			Von...	Bis...																																								
...als Landwirt/ Schäfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								
...als Gärtner bzw. im Gartenbau/ Straßenmeisterei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								
...als Förster/ Forstbediensteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								
Als Arbeiter/In in der Abfallwirtschaft (z.B. Müllentsorgung, Kanal/Abwasser, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								
...als Jäger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								
...in einem anderem Beruf, in dem Sie sich viel in der freien Natur aufgehalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	_ _ _ _	_ _ _ _																																								

**Vielen Dank!**