

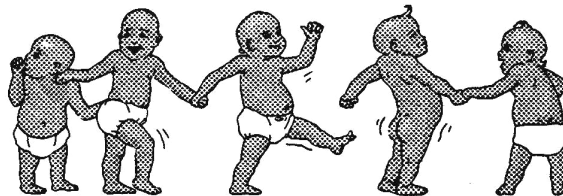
## Anhang



# Fragebogen

## Ernährung in der Schwangerschaft

Institut für Ernährungswissenschaft  
Wilhelmstr. 20  
35392 Gießen  
Tel.: 0641 / 702-9920



(Bitte nicht abschneiden, die Trennung von Adresse und Fragebogen erfolgt durch uns)

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Plz, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Liebe Studienteilnehmerin,**

bitte beantworten Sie alle Fragen so genau wie möglich. Die meisten Fragen sind mit einem Kreuz zu beantworten. Falls mehrere Antworten möglich sind, so ist dies in der jeweiligen Frage vermerkt. Bitte achten Sie genau darauf, nicht mehr Kreuze zu machen als angegeben, da Ihre Antwort sonst nicht auswertbar ist. Sie geht dann - ähnlich einem ungültigen Stimmzettel - nicht in das Ergebnis ein. Bitte entscheiden Sie sich in diesem Fall für die Antwort, die am ehesten zutrifft.

Bei vielen Fragen finden Sie auch die Antwortmöglichkeit "sonstiges". Bitte tragen Sie hier Ihre Antwort nur ein, wenn keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten für Sie zutrifft.

Wir werden für die Auswertung die von Ihnen ausgefüllten Fragebögen von Ihrem Namen und der Adresse trennen. Ihre Angaben werden bei uns dann per EDV anonym gespeichert und verarbeitet. Wir versichern Ihnen, daß wir alle Regelungen des Hessischen Datenschutzgesetzes einhalten und Ihre Daten nur Personen zugänglich sind, die direkt an der Auswertung der Studie beteiligt sind.

Auf der letzten Seite des Fragebogens finden Sie Platz für Notizen. Sie können dort Anmerkungen zum Fragebogen und sonstige Informationen eintragen, von denen Sie meinen, daß Sie wichtig für uns sind und noch nicht durch die Fragen abgedeckt wurden.

Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an, bevor Sie Unzutreffendes ankreuzen oder die Frage offenlassen. Wir helfen Ihnen gerne bei Fragen, die nicht ganz verständlich sind. Die Telefonnummer finden Sie auf dem Deckblatt.

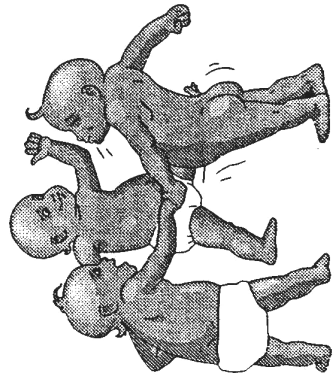
1 Wann wurden Sie geboren? (Bitte tragen Sie nur Monat und Jahr in die Kästchen ein)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	1	9	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Monat		Jahr			

2 Wie groß sind Sie? (ohne Schuhe)  cm

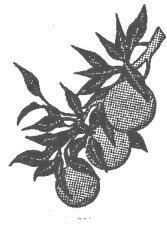
3 Wie groß ist der Vater des Kindes? (ohne Schuhe)  cm

4 Wieviele Kilogramm wiegen Sie? (ohne Bekleidung)  kg



5 Seit wann praktizieren Sie Vollwert-Ernährung? Seit   Monat     Jahr

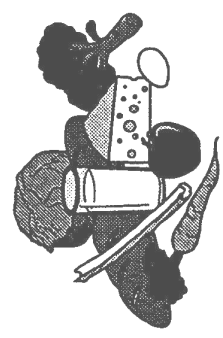
6 Gab es in den letzten 3 Jahren Zeiten, während denen Sie die Vollwert-Ernährung nicht praktizieren konnten (z.B. Urlaub, Krankenhausaufenthalt)?  
 Schätzen Sie bitte die Gesamtzeit ein!



- keine
- weniger als 6 Monate
- 6-12 Monate
- mehr als 12 Monate

7 Im folgenden werden verschiedene Gründe für die Bevorzugung der Vollwert-Ernährung gegenüber einer normalen Mischkost genannt.  
 Bitte kreuzen Sie für jeden Grund an, wie wichtig dieser für Sie ist.

	sehr wichtig	wichtig	nicht wichtig
gesundheitliche Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
soziale Gründe (z.B. gerechtere Verteilung der weltweit produzierten Lebensmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ökologische Gründe (z.B. Förderung von ökologischer Landwirtschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kosmetische Gründe (z.B. Gewichtsabnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungssteigerung (z.B. Ausdauersteigerung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geschmackliche Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ethische Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Gründe: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



8 Ernähren Sie sich vegetarisch?  ja  nein  
 (d.h. ohne Fleisch und Fisch oder Produkte daraus)  
 Wenn ja, seit wann ernähren Sie sich vegetarisch? Seit   Monat     Jahr

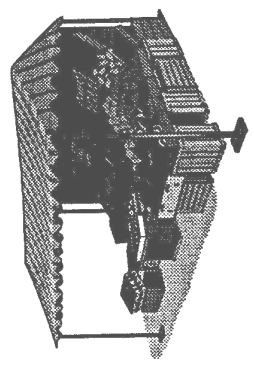
und nach welcher Form des Vegetarismus?

- ovo-lacto-vegetabil (d.h. ohne Fleisch und Fisch aber mit Milch und Eiern sowie Produkten daraus)
- ovo-vegetabil (d.h. ohne Fleisch, Fisch und Milchprodukten, aber mit Eiern sowie Produkten daraus)
- lacto-vegetabil (d.h. ohne Fleisch, Fisch und Eiern, aber mit Milch sowie Produkten daraus)
- vegan (d.h. ohne jegliche tierische Produkte, rein pflanzliche Ernährung)

9 Kennen Sie das Transfair-Siegel (für Kaffee und Tee)?  ja  nein  
 Wenn ja, kaufen Sie bevorzugt Produkte, die dieses Siegel tragen?  ja  nein

10 Verwenden Sie in Ihrem eigenen Garten chemische (synthetische) Pflanzenschutzmittel?

- ich habe keinen eigenen Garten
- regelmäßig, auch zur Vorbeugung
- gelegentlich, nur bei akutem Befall
- nie
- weiß ich nicht



Mit den nachfolgenden Fragen möchten wir etwas über Ihre Lebensmittelauswahl und Ihre Ernährungsgewohnheiten erfahren. Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Antworten auch das, was Sie außer Haus, z.B. in der Kantine oder im Restaurant, verzehren.

11 Verzehren Sie Getreide und Getreideflocken, Gemüse und Obst hauptsächlich aus einer bestimmten landwirtschaftlichen Anbauform?  
Bitte geben Sie hier die jeweilige Anbauart an und nicht den Einkaufsort (z.B. Naturkostladen).

	aus konventionellem Anbau	aus ökologischem Anbau	weiß ich nicht / achte ich nicht darauf
Getreide/-flocken, Mehl			
Brot, Backwaren			
Gemüse			
Obst			

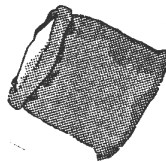
12 Backen Sie Ihr Brot selbst?  ja  nein

Wenn ja, wie häufig essen Sie dieses selbstgebackene Brot?

- jeden Tag  
 3 mal pro Woche  
 1 mal pro Woche  
 weniger als 1 mal pro Woche

13 Welches Mehl verwenden Sie hauptsächlich zum Kuchenbacken?  
Bitte nur 1 Antwort ankreuzen.

- ich backe nicht selbst  
 Vollkornmehl  
 Type 405-812  
 Type 1050-1600  
 Fertigmischungen  
 sonstiges: \_\_\_\_\_



14 In welchen Monaten kaufen/essen Sie normalerweise folgende Obst- und Gemüsesorten als Frischware? (Bitte machen Sie mindestens 1 Kreuz bei jeder Obst-/Gemüseart.)

Monat: Obst/Gemüse:	Jan. /	März /	Mai /	Sept. /	Nov. /	esse ich nicht
	Feb.	April	Juni	Okt.	Dez.	
Birnen						
Erdbeeren						
Weintrauben						
Kopfsalat						
Tomaten						

15 Welche Milch verwenden Sie hauptsächlich? Bitte maximal 2 Antworten ankreuzen.

- ich trinke keine Milch  
 Roh- bzw. Vorzugsmilch aus kontrolliert ökologischer Landwirtschaft (z.B. Bioland)  
 Roh- bzw. Vorzugsmilch von anderen Betrieben  
 pasteurisierte Milch aus kontrolliert ökologischer Erzeugung  
 pasteurisierte Milch von anderen Molkeereien  
 H-Milch  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

16 Essen Sie regelmäßig Müsli?  ja  nein

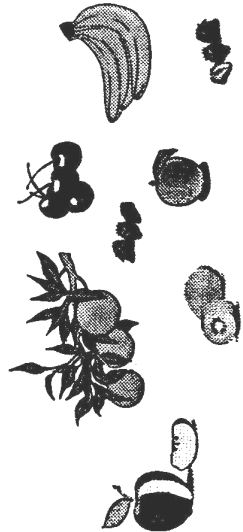
Wenn ja, wie häufig essen Sie Müsli?

- mehr als 5 mal pro Woche  
 3-5 mal pro Woche  
 weniger als 3 mal pro Woche

Welche Zutaten verwenden Sie für Ihr typisches Müsli?

Bitte nennen Sie nur die Hauptbestandteile, nicht mehr als fünf!

- Fertigmüsli  
 geschrotetes Getreide  
 frisch gekeimtes Getreide  
 Haferflocken, Weizenflocken, Roggenflocken o.ä.  
 Weizenkeime, Weizenkleie (getrocknet)  
 Cornflakes  
 sonstiges Getreide: \_\_\_\_\_  
 Frischobst/-gemüse  
 eingemachtes oder erhitzen Obst / Gemüse  
 Trockenobst (z.B. Rosinen)  
 Roh- bzw. Vorzugsmilch  
 pasteurisierte Milch  
 H-Milch  
 Sahne, saure Sahne  
 Sauermilchprodukte, z.B. Joghurt  
 Zucker, brauner Zucker, Rohrzucker, Fruchtzucker, Süßstoff  
 Honig, Ahornsirup, Obstdiversifikations  
 Nüsse, Samen, Kokosflocken  
 sonstiges: \_\_\_\_\_



### 17 Kleine Häufigkeitstabelle der Lebensmittel

Wir möchten gerne wissen, welche Lebensmittel Sie üblicherweise verzehren. Sie finden im folgenden eine Auswahl verschiedener Lebensmittel, d.h. es kommen in der Liste nicht alle Lebensmittel vor, die Sie möglicherweise zu sich nehmen. Bitte geben Sie an, wie häufig Sie jedes der aufgeführten Lebensmittel in der angegebenen Portion verzehren.

Falls Sie eines der angegebenen Lebensmittel täglich oder mehrmals täglich verzehren, dann tragen Sie dies bitte in der Spalte "pro Tag" ein. Wenn Sie ein Lebensmittel nicht täglich verzehren, dann geben Sie bitte an, wie häufig Sie es "pro Woche" verzehren. Bei seltener verzehrten Lebensmitteln tragen Sie bitte die entsprechende Zahl in der Spalte "pro Monat" ein. Sollten Sie ein Lebensmittel überhaupt nicht verzehren, dann tragen Sie bitte eine 0 in die Spalte "pro Monat" ein. Falls Sie ein bestimmtes Lebensmittel sehr häufig verzehren und es nicht in der entsprechenden Lebensmittelgruppe finden, dann geben Sie dies bitte am Schluß bei "sonstiges" an!

An einem Beispiel wollen wir deutlich machen, wie die Häufigkeitstabelle ausgefüllt wird:

- Nehmen wir einmal an, Frau Kostlich verzehrt:
- ◆ jeden Morgen 1 Brötchen mit 4 Teelöffeln Marmelade
- ◆ sonntags 2 Eißöffel Haferflocken mit einem halben Becher Joghurt
- ◆ morgens und nachmittags je 2 Tassen Kaffee mit insgesamt etwa 100 ml Milch
- ◆ an Werktagen tagsüber immer ein Stück Obst
- ◆ einmal in der Woche Fisch
- ◆ einmal im Monat bei einem Vereinstermin einen Hamburger
- ◆ nie Tofu

In der Häufigkeitstabelle würde das folgendermaßen aussehen:

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
2	Weißbrot, Toastbrot, weiße Brötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	1		
11	Getreideflocken (z.B. Haferflocken)		2	
18	unerhitztes Obst (z.B. Apfel)		5	
24	Tofu, Tempeh 1 Portion			0
30	Pasteurisierte Milch 1 Glas		1/2	
32	Joghurt, Dickmilch o.ä. 1 EL		4	
40	Süß- und Salzwasserfisch 1 Portion		1	
42	Produkte vom Schnellimbüß (z.B. Hamburger, Wurst mit Brötchen) 1 Portion			1
53	Konfitüre, Nuß-Nougat-Creme 1 TL		4	
58	Kaffee (auch koffeinfrei), schwarzer Tee 1 Tasse		4	

Neben der Angabe, wie häufig Sie ein Lebensmittel verzehren, ist also auch die Menge wichtig. Zu Ihrer Orientierung haben wir haushaltsübliche Maße oder Portionsgrößen in Gramm (g) oder Milliliter (ml) angegeben. Diese Angaben beziehen sich auf den **esbaren Anteil** der Lebensmittel bzw. bei erhitzten Speisen auf die **gegarnte Menge**. Berücksichtigen Sie bitte die von uns vorgegebenen Mengen, die für Sie nur eine Hilfe sein sollen. Sie müssen auf keinen Fall Ihre Verzehrsmengen abwägen.

### Ihre Häufigkeitstabelle

#### Brot, Backwaren



			Häufigkeit		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
1	Mischbrot, Graubrot, Roggenbrötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	40 g			
2	Weißbrot, Toastbrot, weiße Brötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	30 g			
3	Mehrkornbrot 1 Scheibe	40 g			
4	Vollkornbrot, bzw. Vollkornbrötchen 1 Scheibe, 1 Stck.	50 g			
5	Kuchen aus Auszugsmehl 1 Stck.	80 g			
6	Vollkornkuchen 1 Stck.	80 g			
7	Kekse, Plätzchen aus Auszugsmehl 1 Stck.	5 g			
8	Vollkornkekse, -plätzchen 1 Stck.	5 g			
9	Pizza o.ä. aus Auszugsmehl 1 runde Pizza	300 g			
10	Pizza o.ä. aus Vollkornmehl 1 runde Pizza	300 g			

**Getreideprodukte, Nährmittel**

	Häufigkeit	Häufigkeit	
		pro Tag	pro Woche
11 Getreideflocken (z.B. Haferflocken) 1 EL	10 g		
12 Weißer Reis 1 Portion	150 g		
13 Naturreis (Vollkornreis) 1 Portion	150 g		
14 Weiße Nudeln 1 Portion	150 g		
15 Vollkornmudeln 1 Portion	150 g		
16 Unerhitztes Getreide (z.B. im Müsli oder Sprossen) 1 EL Trockengewicht	10 g		
17 Erhitztes Getreide (z.B. in Bratlingen oder Suppe) 1 Portion	150 g		

**Obst und Gemüse**

	Häufigkeit	Häufigkeit	
		pro Tag	pro Woche
18 Unerhitztes Obst 1 Portion (entspricht 1 mittelgroßen Apfel)	125 g		
19 Erhitztes Obst (z.B. Obstkonserven, Kompott) 1 Portion	150 g		
20 Unerhitztes Gemüse, Salat 1 Portion	100 g		
21 Erhitztes Gemüse 1 Portion	200 g		
22 Unerhitzte Hülsenfrüchte, z.B. Sprossen 1 Portion	30 g		
23 Erhitzte Hülsenfrüchte 1 Portion	150 g		
24 Tofu, Tempeh 1 Portion	100 g		
25 Pell-, Salzkartoffeln 1 Portion	150 g		
26 Kartoffelprodukte, selbstgemacht (z.B. Püree) 1 Portion	150 g		
27 Kartoffelprodukte, vorgefertigt (z.B. Fertigpüree, Pommes Frites, Bratkartoffeln), 1 Portion	150 g		
28 Feinkostsalate, vorgefertigt (z.B. Kartoffelsalat) 1 Portion	200 g		

**Milch und Milchprodukte**

	Häufigkeit	Häufigkeit	
		pro Tag	pro Woche
29 Vorzugsmilch, Rohmilch 1 Glas	200 ml		
30 Pasteurisierte Milch 1 Glas	200 ml		
31 H-Milch 1 Glas	200 ml		
32 Joghurt, Dickmilch o.ä. 1 EL	20 g		
33 Quark, Frischkäse 1 EL	30 g		
34 Hartkäse, Weichkäse 1 Scheibe	30 g		

**Sonstige tierische Produkte**

Bitte geben Sie unter Punkt 35 nur die direkt verzehreten Eier (z.B. Frühstückseier) an und nicht die "versteckten" Eier, wie z.B. in Kuchen und Soßen.

	Häufigkeit	Häufigkeit	
		pro Tag	pro Woche
35 Eier 1 Stck.	55 g		
36 Fleisch von Rind, Schwein o.ä. 1 Portion	150 g		
37 Innereien 1 Portion	125 g		
38 Geflügel 1 Portion	150 g		
39 Fleisch- und Wurstwaren, Schinken 1 Scheibe	35 g		
40 Süß- und Salzwasserrfisch 1 Portion	150 g		
41 Fisch in Dosen, Räucherfisch 1 Portion	150 g		
42 Produkte vom Schnellimbiss (z.B. Hamburger, Wurst mit Brötchen) 1 Portion	150 g		



**Süßungsmittel**

Bitte geben Sie hier nicht die Süßungsmittel an, die in Produkten wie Kuchen u.ä. enthalten sind, sondern nur solche, die Sie Ihren Speisen-Getränken direkt zufügen.

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
43	Zucker 1 TL		5 g	
44	Brauner Zucker, Rohrzucker 1 TL		5 g	
45	Sucanat 1 TL		5 g	
46	Honig 1 TL		10 g	
47	Ahornsirup, Obstdivksaft 1 TL		10 g	

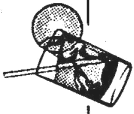
**Süßwaren**

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
48	Schokolade 1 Rippe		15 g	
49	Schokoriegel 1 Stck.		60 g	
50	Bonbons 2 Stck.		5 g	
51	Müsliriegel, Fruchtschmitte 1 Stck.		60 g	
52	Speiseeis 1 Kugel		35 g	
53	Konfitüre, Nuß-Nougat-Creme 1 TL		10 g	

**Nüsse, Samen**

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
54	Nüsse, Mandeln 1 EL		12 g	
55	Leinsamen, Sesam, Sonnenblumenkerne u. a. 1 EL		15 g	

**Getränke**



		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
56	Mineralwasser und sonstiges Wasser 1 Glas		200 ml	
57a	Obstsft 1 Glas		200 ml	
57b	Limonaden, Colagetränke 1 Glas		200 ml	
58	Kaffee (auch koffeinfrei), schwarzer Tee 1 Tasse		150 ml	
59	Kräutertee, Früchtetee 1 Tasse		150 ml	
60	Getreidekaffee 1 Tasse		150 ml	
61	Bier, Apfelwein 1 Glas		200 ml	
62	Wein, Sekt, Longdrinks u.ä. 1 Glas		150 ml	
63	Spirituosen 1 Glas		20 ml	

**Diverses**

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
64	Saladressings, vorgefertigt 1 EL		20 g	
65	Ketchup, Grillsaucen 1 EL		20 g	

Sonstiges (Bitte tragen Sie hier ggf. weitere Lebensmittel mit Mengenangabe ein !)

		Häufigkeit		
		pro Tag	pro Woche	pro Monat
66				
67				
68				

18 Wie häufig verwenden Sie folgende Produkte?

Produkt:	Häufigkeit	
	pro Tag	pro Woche / pro Monat
Sojafertiggerichte, Sojafleisch		
Fertigsuppen, Dossensuppen		
Fertigsaucen		
Instantpudding, Fertigdessert		
sonstige vorgefertigte Gerichte		
Süßstoff		
sonstiges:		

19 Wie häufig essen Sie Gemüse (ausgenommen Kartoffeln und Hülsenfrüchte) in den folgenden Zubereitungsarten?

Zubereitungsart für Gemüse:	Häufigkeit	
	pro Tag	pro Woche / pro Monat
in Wasser gekocht		
Dampfgeräten / Dampfdruckgeräten (z.B. Schnellkochtopf)		
mit Wasser / Fett gedünstet		
im Ofen gebacken		
roh / un erhitzt		



Im folgenden finden Sie Fragen, die Ihre Gesundheit, Ausbildung und Lebenssituation betreffen:

20 Wurden bei Ihnen Nahrungsmittelallergien von einem Arzt festgestellt, von denen Sie auch heute noch betroffen sind?

ja  nein

Falls ja, welche \_\_\_\_\_

21 Haben Sie Nahrungsmittel-Unverträglichkeiten?

ja  nein

Falls ja, welche \_\_\_\_\_

22 Wurde bei Ihnen von ärztlicher Seite eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? Wenn ja, geben Sie bitte an,

- a) ob Sie diese Krankheit schon einmal hatten bzw. derzeit noch haben oder
- b) ob Sie zur Zeit aufgrund dieser Erkrankung in Behandlung sind?  
Falls Sie derzeit in Behandlung sind, geben Sie bitte an, ob diese medikamentös oder in Form einer Änderung Ihrer Ernährungsweise erfolgt.

	a) Erkrankung		b) Behandlung	
	hatte ich schon mal	habe ich derzeit	medikamentös	Änderung der Ernährung
Zuckerkrankheit				
Bluthochdruck				
erhöhte Blutfettwerte, erhöhter Cholesterinspiegel				
Gicht, erhöhte Harnsäurewerte				
Kropf, andere Schilddrüsenkrankungen				
Magengeschwüre, Zwölffingerdarmgeschwüre				
chronische Verstopfung				
Morbus Crohn				
Colitis ulcerosa				
Bluterkrankungen, z.B. Gerinnungsstörungen				
Lebererkrankungen, Gelbsucht				
Epilepsie				
chronische, entzündliche Erkrankungen (z.B. Rheuma)				
Hämorrhoiden				
Erkrankungen (Magersucht, Bulimie, Fettsucht)				
Krebs				
sonstige:				

Bei mir wurde keine der oben genannten Krankheiten festgestellt bzw. behandelt.

23 Hatten Sie in den letzten 3 Jahren größere Blutverluste z.B. durch einen Unfall, Blutspende oder eine Operation?

ja  nein

Wenn ja, bitte tragen Sie ein, wodurch und wann der Blutverlust entstand:

Blutverlust durch:	Monat	Jahr

24 Sind bei Ihnen bisher Operationen vorgenommen worden, bei denen Teile des Verdauungstraktes entfernt wurden?

ja  nein

Falls ja, kreuzen Sie bitte an, welche Organe betroffen waren

- Magen  Dünndarm  
 Bauchspeicheldrüse  Dickdarm  
 Gallenblase  Blinddarm  
 sonstige: \_\_\_\_\_

25 Nehmen Sie regelmäßig Kopfschmerztabletten ?

- mehr als 3 Tabletten pro Woche  
 1 - 3 Tabletten pro Woche  
 1 - 3 Tabletten pro Monat  
 nein

Falls ja, nennen Sie bitte den Namen des Präparates: \_\_\_\_\_

26 Nehmen Sie regelmäßig (d.h. täglich oder mehrmals pro Woche) eines oder mehrere der folgenden Medikamente/Präparate zu sich?

Bitte legen Sie den/die Beipackzettel diesem Fragebogen bei.

- Jodtabletten  Herz-Kreislaufmittel  
 Schilddrüsenhormone  Fischölkapseln  
 Folsäurepräparate  Hefetabletten  
 Eisenpräparate / Kräuterblutsaft  Ballaststoffpräparate (z.B. Weizenkleie)  
 Magnesiumpräparate  Abführmittel  
 Magenmittel (z.B. gegen Sodbrennen)  Appetitzügler, Schlankheitsdrinks  
 Cortison, Cortisonpräparate  
 Stärkungsmittel (z.B. Tai Ginseng, Doppelherz)  
 sonstige Mineralstoffpräparate: \_\_\_\_\_  
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)

Vitaminpräparate: \_\_\_\_\_  
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)

sonstiges: \_\_\_\_\_  
 (bitte geben Sie hier ggf. den Namen des Präparates an)

Ich nehme keines der genannten Medikamente/Präparate ein.

27 Diese Frage bezieht sich auf das Rauchverhalten *bevor* Ihrer Schwangerschaft festgestellt wurde.

Waren Sie

- Raucherin**  
 Wieviele Zigaretten haben Sie täglich geraucht?  1  2 - 10  
 10 - 30  mehr als 30

- Ex-Raucherin**  
 Wieviele Zigaretten haben Sie täglich geraucht?  1  2 - 10  
 10 - 30  mehr als 30

Seit wann rauchen Sie nicht mehr? Seit \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

Wie lange haben Sie geraucht? \_\_\_\_\_ Jahre

- Nichtraucherin

28 Wieviel Zeit verbringen Sie durchschnittlich pro Woche mit folgenden Sportarten ?

Sportart	Zeit in Stunden (h)				
	bis 1 h	bis 2 h	2 - 4 h	4 - 6 h	> 6 h
Spazierengehen					
Fahrradfahren					
Wandern, Joggen					
Gymnastik, Tanzen					
Badminton, Tennis					
Volleyball					
Reiten					
Leichtathletik					
Aerobic, Fitness-Training, Turnen					
Rudern					
Schwimmen					
Body-Building					
Basketball, Handball					
Squash					
sonstiges:					

- Ich treibe keinen Sport.



- 29 Wie schätzen Sie die Stärke Ihrer Monatsblutungen (vor Beginn der Schwangerschaft) ein?  
 Bitte kreuzen Sie für jeden Menstruationstag die Stärke Ihrer Regelblutung an. Die Zahl der Kreuze sollte der durchschnittlichen Anzahl Ihrer Menstruationstage entsprechen. Nicht benötigte Spalten lassen Sie bitte leer!

Tag	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.
stark												
mittelstark												
schwach												

- 30 Wie regelmäßig war Ihre Monatsblutung in den letzten zwei Jahren?

- sehr regelmäßig  
 regelmäßig  
 unregelmäßig

- 31 Bitte geben Sie die durchschnittliche Dauer Ihrer Menstruationszyklen an, d. h. wieviele Tage lagen durchschnittlich zwischen dem ersten Tag Ihrer Monatsblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Monatsblutung.

\_\_\_\_\_ Tage

- 32 Welche der folgenden Beschwerden hatten Sie typischerweise vor Ihrer Monatsblutung?

- Kopfschmerzen  
 Brustbeschwerden  
 Unterleibschmerzen  
 Rückenschmerzen  
 ich hatte keine Beschwerden  
 Übelkeit/ Erbrechen  
 Durchfall  
 gereizte Stimmung  
 sonstiges \_\_\_\_\_

- 33 Welche Form der Empfängnisverhütung haben Sie im letzten Jahr vor Ihrer jetzigen Schwangerschaft eingesetzt? Mehrere Antworten sind möglich.

- hormonale, orale Kontrazeptiva (Pille)  
 Spirale, IUP (intrauteriner Pessar)  
 natürliche Kontrazeption (z. B. Temperaturmeßmethode)  
 Kondom  
 keine  
 sonstiges: \_\_\_\_\_

- 34 Falls Sie orale Kontrazeptiva eingenommen haben, tragen Sie bitte ein, in welchem Zeitraum Sie diese eingenommen haben.

von \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Jahr  
 bis \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Jahr

Bitte geben Sie den Namen des letzten Präparates an: \_\_\_\_\_

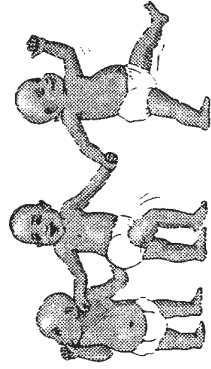
- 35 Wann war der erste Tag Ihrer letzten Monatsblutung?

\_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr  
 \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

- 36 Wann ist der voraussichtliche Geburtstermin?

\_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr  
 \_\_\_\_\_ Tag \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

- 37 Wie häufig waren Sie schon schwanger (inklusive der jetzigen Schwangerschaft)? \_\_\_\_\_ mal



38 Haben Sie in den letzten fünf Jahren kontinuierlich in Deutschland gewohnt?  
 ja  nein

Wenn nein, wo haben Sie in den letzten fünf Jahren gewohnt? \_\_\_\_\_

Und seit wann wohnen Sie wieder in Deutschland?

Seit  Monat  1 9   Jahr

39 In welcher Wohnsituation leben Sie momentan? Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- mit Partner
- mit Kind/Kindern
- mit Partner und Kind/Kindern
- mit Verwandten (Eltern, Großeltern)
- in einer Wohngemeinschaft
- allein
- sonstiges: \_\_\_\_\_

40 Sind Sie

- ledig
- verheiratet
- geschieden
- verheiratet, getrennt lebend
- verwitwet

41 Wie hoch war das monatliche Einkommen, das in Ihrem gesamten Haushalt im Januar 1995 zur Verfügung stand, d. h. das Nettoeinkommen, das alle zusammen im Haushalt nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben übrig haben?  
 (Falls Sie in der Frage 39 angegeben haben, daß Sie in einer Wohngemeinschaft leben, geben Sie bitte nur Ihr persönliches Einkommen an!)

- unter DM 1000
- DM 1000 - 1800
- DM 1800 - 2500
- DM 2500 - 3000
- DM 3000 - 4000
- DM 4000 - 5000
- DM 5000 - 7500
- über DM 7500

Wieviele Personen werden mit diesem Einkommen versorgt? \_\_\_\_\_ Personen

Wieviele Personen sind davon unter 18 Jahren? \_\_\_\_\_ Personen

42 Welchen höchsten allgemeinen Schulabschluss haben Sie?  
 Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- noch in schulischer Ausbildung / keinen dieser Abschlüsse
- Volks-/Hauptschulabschluss
- Realschulabschluss, Mittlere Reife oder gleichwertiger Abschluß
- Abschluß der polytechnischen Oberschule
- Fachhochschulreife
- allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife

43 Welchen letzten beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Bitte nur eine Antwort ankreuzen!

- Ich habe (noch) keinen beruflichen Ausbildungsabschluss
- Anlernausbildung
- Lehre mit Berufschul- oder Berufsfachschulabschluss
- Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss
- Fachschulausbildung in der ehemaligen DDR
- Fachhochschulabschluss (auch Ingenieurschulabschluss)
- Hochschulabschluss

44 Welche der folgenden Angaben trifft auf Ihre derzeitige Situation zu?

- Erwerbstätig als:  Vollzeitkraft  Teilzeitkraft
- ausschließlich Hausfrau, nicht berufstätig
- in Ausbildung  Schule  Lehre  Studium
- Praktikum, Freiwilliges Soziales Jahr
- ohne Arbeitsplatz, ohne Studien- oder Ausbildungsplatz
- arbeitslos gemeldet
- sonstiges: \_\_\_\_\_

45 Falls Sie bei Frage 44 „erwerbstätig“ oder „in Ausbildung“ angekreuzt haben, planen Sie auch während Ihrer Schwangerschaft, dem weiter nachzugehen?

- ja  nein

Raum für persönliche Anmerkungen zum Fragebogen:

Sind Sie interessiert, auch weiterhin an dieser Studie teilzunehmen ?

- ja, ich möchte weiter an der Studie teilnehmen
- nein, ich möchte nicht mehr an der Studie teilnehmen
- ich habe noch Fragen zur Studie

Es wäre sehr hilfreich, wenn wir am Ende Ihrer Schwangerschaft Ihren Mutterschaftspass einsehen könnten, um weitere, für Studienzwecke relevante Information (z.B. Ergebnisse von Routine-Untersuchungen) zu bekommen. Mit Ihrer Unterschrift sind sie mit den vorgesehenen Blutentnahmen einverstanden, sofern vorher keine gesundheitlichen Probleme auftreten; außerdem erlauben Sie uns, Ihrem/Ihrer Frauenarzt/-ärztin die Ergebnisse der Blutentnahmen weiterzugeben und Ihrem/Ihrer Frauenarzt/-ärztin, uns ggf. Informationen über den Schwangerschaftsverlauf zu gewähren.

Bitte unterschreiben Sie auf der folgenden Linie, wenn Sie mit dem oben Genannten einverstanden sind:

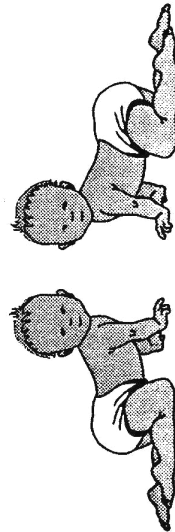
\_\_\_\_\_ (Unterschrift)

Wir danken Ihnen vielmals für die Geduld beim Ausfüllen des Fragebogens. Falls Sie weiterhin an dieser Studie teilnehmen, werden wir Ihnen in den nächsten Tagen mitteilen, wie es weitergeht.

Bis dahin verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Ulrike Heins  
Corinna Koebnick

Rita Zyden  
Claus Leitzmann



**Inhaltsverzeichnis:**

Anleitung zum Protokoll .....	0
Brot, Backwaren .....	7
Getreideprodukte, Nahrungsmittel .....	9
Kartoffeln .....	9
Gemüse, Hülsenfrüchte .....	11
Sojaprodukte .....	13
Obst, Obsterzeugnisse .....	15
Nüsse, Samen .....	15
Milch, Milchprodukte .....	17
Käse, Quark, Eier .....	17
Fleisch, Fleischwaren, Wurst .....	19
Fische Meeresfrüchte .....	19
Fette, Öle .....	21
Suppen, Saucen, Dressing, Feinkostsalate .....	21
Brotaufstrich .....	23
Süßungsmittel .....	23
Süßspeisen, Süßigkeiten .....	25
Knabbereien .....	25
Getränke .....	27

Verzeichnis der Lebensmittel .....	28
------------------------------------	----

**Impressum:**

Herausgeber/-innen: Ingrid Hoffmann, Marion Kohl-Klopfer, Maike Groeneveld, Kirsten  
Brünning  
Ulrike Heins, Corinna Koebnick, Rita Zydek  
Prof. Dr. Claus Leitzmann  
Institut für Ernährungswissenschaft der Justus-Liebig-Universität Gießen  
2. überarbeitete Auflage 1995

Druck: Hausdruckerei der Justus-Liebig-Universität Gießen

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung der Herausgeber/-innen.