

# Umfrage zum Thema Klimawandel und Gesundheit im Alpenraum

|   |  |  |
|---|--|--|
| 1 | <p><b>Rauchen Sie zurzeit regelmäßig Zigaretten – wenn auch nur wenige?</b></p> <p>* Unter regelmäßig verstehen wir:<br/>Mind. 1 Zigarette pro Tag oder mindestens 5 Zigaretten pro Woche oder mindestens 1 Packung Zigaretten pro Monat für mindestens 6 Monate</p> | <p>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>) bzw. eintragen ( _ ).</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>➤ ·Wie viel rauchen Sie derzeit gewöhnlich? Anzahl Zigaretten pro Tag: _____</p> <p>➤ ·Wann haben Sie angefangen, regelmäßig* zu rauchen? Im Alter von Jahren bzw. im Jahr _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich habe früher regelmäßig* geraucht, aber jetzt nicht mehr</p> <p>➤ ·Wie viel haben Sie früher gewöhnlich geraucht? Anzahl Zigaretten pro Tag: _____</p> <p>➤ ·Wann haben Sie angefangen, regelmäßig* zu rauchen? Im Alter von Jahren bzw. im Jahr _____</p> <p>➤ ·Wann haben Sie aufgehört zu rauchen? Im Alter von Jahren bzw. im Jahr _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein, ich habe noch nie regelmäßig* geraucht</p> |
| 2 | <p><b>Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine chronische Lungenerkrankung diagnostiziert?</b></p>   | <p>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>und/oder<input type="radio"/>) bzw. eintragen ( ____ ).</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>➤ Wie heißt diese Lungenerkrankung?</p> <p><input type="radio"/> Asthma</p> <p><input type="radio"/> Chronische Bronchitis/Chron. obstruktive Lungenerkrankung (COPD)/Emphysem</p> <p><input type="radio"/> Lungenfibrose</p> <p><input type="radio"/> genaue Bezeichnung ist mir nicht bekannt</p> <p><input type="radio"/> Sonstige: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>   |
| 3 | <p><b>Leiden Sie unter Heuschnupfen?</b></p>   | <p>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>  |
| 4 | <p><b>Wurde bei Ihnen eine Allergie festgestellt?</b></p>  | <p>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>) bzw. eintragen ( _ ).</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p> <p>➤ Welche? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nein</p>  |

|   |  |   |  |  |  |  |  |
|---|--|---|--|--|--|--|--|
| 5 | Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | Zutreffendes bitte ankreuzen ( <input type="checkbox"/> und/oder <input type="radio"/> ).   |  |  |  |  |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Ja<br>➤ Nehmen Sie regelmäßig inhalative Medikamente ein? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Nein |  |  |  |  |  |

**Symptome in den letzten 3 Monaten zu Hause:** Bitte geben Sie für jede der folgenden Aussagen an, was für Sie zuletzt zu Hause am besten zutrifft. Kreuzen Sie in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Ausprägung  |   |   |   |   |   |   | Ausprägung  |
|   | Ich huste nie   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich huste immer   |
|   | Ich bin überhaupt nicht verschleimt   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich bin völlig verschleimt  |
|   | Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust                                     | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich spüre starkes Engegefühl in der Brust                                 |
|   | Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich nicht leicht außer Atem | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, komme ich leicht außer Atem |
|   | Ich habe keine Bedenken trotz meiner Luftnot, das Haus zu verlassen             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich habe wegen meiner Luftnot große Bedenken, das Haus zu verlassen       |
|   | Ich schlafe tief und fest   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich schlafe nicht tief und fest   |
|   | Ich bin voller Energie  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich habe überhaupt keine Energie  |

**Symptome während des aktuellen Urlaubs/Aufenthalts hier:** Bitte geben Sie für jede der folg. Aussagen an, was für Sie aktuell am besten zutrifft. Kreuzen Sie in jeder Zeile bitte nur eine Möglichkeit an.

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Ausprägung                                    |   |   |   |   |   |   | Ausprägung                                    |
|   | Ich huste nie                                 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich huste immer                               |
|   | Ich bin überhaupt nicht verschleimt           | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich bin völlig verschleimt                    |
|   | Ich spüre keinerlei Engegefühl in der Brust   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich spüre starkes Engegefühl in der Brust     |
|   | Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wenn ich bergauf oder eine Treppe hinaufgehe, |

|  |  |   |   |   |   |   |   |  |
|--|--|---|---|---|---|---|---|--|
|  | komme ich nicht leicht außer Atem                                  |   |   |   |   |   |   | komme ich leicht außer Atem  |
|  | Ich habe keine Bedenken trotz meiner Luftnot das Haus zu verlassen | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich habe wegen meiner Luftnot große Bedenken das Haus zu verlassen |
|  | Ich schlafe tief und fest  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich schlafe nicht tief und fest                                    |
|  | Ich bin voller Energie   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Ich habe überhaupt keine Energie                                   |

|   |   |  |              |                    |                 |                  |                        |
|---|---|--|--------------|--------------------|-----------------|------------------|------------------------|
| 8   | <b>Fühlen Sie sich momentan persönlich durch den Klimawandel betroffen?</b>   | Zutreffendes bitte ankreuzen (☐).                      |              |                    |                 |                  |                        |
|   |   | ☐ Nein, überhaupt nicht                                |              | ☐ Nein, eher nicht |                 |                  |                        |
|   |   | ☐ Ja, eher   |              | ☐ Ja, sehr         |                 |                  |                        |
| 9   | <b>Glauben Sie, dass Sie zukünftig persönlich durch den Klimawandel betroffen sein werden?</b>  | Zutreffendes bitte ankreuzen (☐).                      |              |                    |                 |                  |                        |
|   |   | ☐ Nein, überhaupt nicht                                |              | ☐ Nein, eher nicht |                 |                  |                        |
|   |   | ☐ Ja, eher   |              | ☐ Ja, sehr         |                 |                  |                        |
| 10  | <b>Wenn Sie an Ihren jetzigen Aufenthalt hier denken, wie störend sind bzw. wären für Sie persönlich folgende Veränderungen in den Alpen?</b> | Zutreffendes bitte ankreuzen (☐) bzw. eintragen ( _ ). |              |                    |                 |                  |                        |
|   | <b>Und falls störend: Würden Sie Orte mit derartigen Veränderungen meiden?</b>  | Stören   |              |                    |                 | Meiden           |                        |
|   |   | Nicht störend  | Eher störend | Störend            | Absolut störend | Würde ich meiden | Würde ich nicht meiden |
|   | Zunahme von Hitzetagen (d.h. mind. 30° C)   | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
|   | Weniger Schnee auf Skipisten  | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
|   | Weniger Schnee allgemein  | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
|   | Verstärktes Auftreten von Stechmücken   | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
|   | Verstärktes Auftreten von Zecken  | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
|   | Erhöhtes Allergierisiko (z.B. Pollen oder Gräser)   | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                | ☐                      |
| Abnahme der Luftqualität  | ☐   | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                |                        |
| Veränderung des Landschaftsbildes (Monokulturen, Wälder statt Almen etc.) | ☐   | ☐  | ☐            | ☐                  | ☐               | ☐                |                        |

|  |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|--|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | Erhöhtes Risiko für Extremwetterereignisse (Regen, Stürme, Unwetter etc.) | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | Sonstiges:<br>_____   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Allgemeine Angaben zur Person</b> (alle Angaben im Fragebogen werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert verarbeitet) |   |   |                          |                          |                          |                          |                          |
| 11   | Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?                                   | <i>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>) bzw. eintragen (___).</i><br><input type="checkbox"/> Kein Abschluss<br><input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule<br><input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschule<br><input type="checkbox"/> Fachhochschulreife<br><input type="checkbox"/> Abitur<br><input type="checkbox"/> Fachhochschule<br><input type="checkbox"/> Hochschule<br><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |                          |                          |                          |                          |                          |
| 12   | Welchem Geschlecht gehören Sie an?  | <i>Zutreffendes bitte ankreuzen (<input type="checkbox"/>)</i> .<br><input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich   |                          |                          |                          |                          |                          |
| 13   | Und zu guter Letzt, wie alt sind Sie?                                     | <i>Zutreffendes bitte eintragen (___).</i><br>Alter in Jahren: _____  |                          |                          |                          |                          |                          |

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**