

---

***Einnahme von Medikamenten in  
der Schwangerschaft mit  
Schwerpunkt auf persönliche  
Einstellung, Risikowahrnehmung  
und psychisches Wohlbefinden***

---

VERTRAULICH

## ANGABEN ZU IHRER PERSON

<b>1. In welchem Land leben Sie?</b> <b>Land:</b> _____	<b>In welchem Bundesland leben Sie?</b> <b>Bundesland:</b> _____
<b>2. Sind Sie derzeit schwanger?</b> <input type="checkbox"/> Ja <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/> Nein</span>	
<b>(Wenn Ja) In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie?</b> <b>Von 1 bis 44</b>  <b>(If yes) Sind Sie mit Mehrlingen schwanger?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, mit Zwillingen oder Drillingen	<b>Wenn Nein) Wie alt ist Ihr Baby (in Wochen)?</b> <b>0-4 / 5-8 / 9-12 / 13-16 / 17-20 / 21-24 / 25-28 / &gt; 29</b>  <b>(Wenn Nein) Stillen Sie Ihr Kind?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>3. Wie viele Kinder hatten Sie bereits vor?</b> <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Eins <input type="checkbox"/> Zwei <input type="checkbox"/> Mehr als zwei	
<b>4. Was ist Ihr Familienstand?</b> <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> In Partnerschaft lebend <input type="checkbox"/> Alleinstehend <input type="checkbox"/> Geschieden/Getrennt lebend <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>5. Welches ist die höchste schulische Ausbildung, die Sie abgeschlossen haben?</b> <input type="checkbox"/> Abgeschlossene Schulpflicht (8 – 9 Schuljahre) <input type="checkbox"/> Matura (11–13 Schuljahre) <input type="checkbox"/> Universität- oder Fachhochschulabschluss (?) <input type="checkbox"/> Andere Ausbildung	
<b>6. In welcher beruflichen Situation befanden Sie sich zu Beginn Ihrer Schwangerschaft?</b> <input type="checkbox"/> Studentin <input type="checkbox"/> Hausfrau <input type="checkbox"/> Personal im Gesundheitswesen, dh, Arzt, Krankenschwester oder Apotheker <input type="checkbox"/> In einem anderen Sektor tätig <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>7. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?</b>  <b>(Wenn Nein) Was ist Ihre Muttersprache?</b> _____	
<b>8. Wie alt sind Sie?</b> <b>Von 15 bis 55</b>	

## ANGABEN ZU IHRER SCHWANGERSCHAFT

**9. Besuchen Sie derzeit einen Schwangerschafts-/Geburtsvorbereitungskurs oder haben Sie einen solchen besucht?**

- Ja
- Nein, aber ich habe es vor
- Nein, ich werde keinen derartigen Kurs besuchen

**10. (Wenn Sie schwanger sind) Wie glauben Sie, wird das Geburtserlebnis für Sie sein?**

Bitte verwenden Sie eine Skala von 1 bis 6, um Ihre Erwartung in Bezug auf die Entbindung auszudrücken, wobei **1 für absolut furchtbar und 6 für absolut fantastisch** steht.

absolut furchtbar	1	2	3	4	5	6	absolut fantastisch
	<input type="checkbox"/>						

**11. War Ihre Schwangerschaft geplant?**

- Ja
- Nein, aber sie kam auch nicht völlig unerwartet
- Nein, Sie war nicht geplant

**12. Haben Sie sich an eine medizinische Einrichtung gewandt, weil Sie Schwierigkeiten hatten, schwanger zu werden?**

- Ja
- Nein

**(Wenn Ja) Ist diese Schwangerschaft nach einer Behandlung gegen Unfruchtbarkeit eingetreten?**

- Ja
- Nein

**13. Haben Sie Folsäure eingenommen?**

- Ja, vor und in der Schwangerschaft
- Ja, ausschließlich in der Schwangerschaft
- Nein

**14. Haben Sie vor der Schwangerschaft geraucht?**

- Ja, regelmäßig
- Ja, gelegentlich
- Nein, nie

**(Wenn Ja) Rauchen Sie/haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?**

- Ja, mehr als vorher
- Ja, in etwa gleich viel
- Ja, aber weniger
- Nein

**(Wenn Ja) Wie viele Zigaretten rauchen Sie bzw. haben Sie am Tag geraucht(durchschnittlich)?**

- 1-5
- 6-10
- > 11

**15. Haben Sie Alkohol getrunken, nachdem Sie festgestellt hatten, dass Sie schwanger waren?**

- Ja
- Nein
- Weiß nicht mehr

**(Wenn Ja) Wie viel Alkohol haben Sie zu sich genommen (in Einheiten)?**

1 Alkohol- Einheit entspricht:  
1 kleiner Dose Bier (0.33 l) oder Most, oder  
1 Glas (1/8 l) Wein, oder  
1 Schnaps-Glas (4 cl) Schnaps oder Likör

- Mehr als 1-2 Einheit pro Woche
- 1-2 Einheit pro Woche
- 1-2 Einheit pro Monat
- 1-2 Einheit während der gesamten Schwangerschaft
- Weiß nicht mehr

VERTRAULICH

## GESUNDHEITLICHE BESCHWERDEN UND EINNAHME VON MEDIKAMENTEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

**16. Unter welchen der aufgelisteten gesundheitlichen Beschwerden haben Sie im Laufe Ihrer Schwangerschaft gelitten?**

**Falls Sie zur Behandlung der Beschwerden ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.**

**In welchen Schwangerschaftswochen (SSWs, ab erstem Tag der letzten Regelblutung) haben Sie das Medikament eingenommen?**

Übelkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Übelkeit ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Sodbrennen oder Reflux	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Sodbrennen oder Reflux ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Verstopfung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Verstopfung ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Erkältung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Erkältung ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Harnwegsinfekte ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Andere Infekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Andere Infekte ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Nackenschmerzen, Rückenschmerzen oder Schmerzen im Beckenbereich (Schambeinfuge, „Kreuzschmerzen“ - Iliosakralgelenke?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Nackenschmerzen, Rückenschmerzen oder Schmerzen im Beckenbereich ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Kopfschmerzen ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Falls Sie zur Behandlung der Schlafstörungen ein Medikament eingenommen haben, geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

<b>17. Waren Sie während dieser Schwangerschaft krank geschrieben?</b>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>18. (Wenn Ja) Was war der Grund? In welchen Schwangerschaftswochen waren Sie krank geschrieben?</b>	
<b>medizinische Begründung für den Krankenstand</b>	<b>Krankenstand (Schwangerschaftswoche)</b>
	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

<b>19. Unten finden Sie eine Liste gängiger, nicht verschreibungspflichtiger Medikamente. Bitte geben Sie an, ob Sie solche in der Schwangerschaft eingenommen haben.</b>			
		<b>Führen Sie bitte die Namen aller Medikamente an, die Sie eingenommen haben.</b>	<b>In welchen Schwangerschaftswochen haben Sie das Medikament eingenommen?</b>
Schmerzmittel (z.B. Paracetamol .)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte die Namen aller Schmerzmittel an, die Sie eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Nasenspray oder Nasentropfen (ausgenommen Kochsalzlösung) (z.B.Oxymetazolin .)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte die Namen aller Nasenspray oder Nasentropfen an, die Sie eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Medikamente gegen Sodbrennen (z.B.Pantoprazol .)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte die Namen aller Medikamente gegen Sodbrennen an, die Sie eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Medikamente gegen Übelkeit (z.B. Metoclopramid..)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte die Namen aller Medikamente gegen Übelkeit/ Reisekrankheit an, die Sie eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Medikamente gegen Verstopfung (z.B.Lactulose.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte die Namen aller Medikamente gegen Verstopfung an, die Sie eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

**20. Haben Sie in der Schwangerschaft pflanzliche Präparate eingenommen (z.B. Ingwer, Echinacea (Sonnenhut), Baldrian, Cranberry (amerikanische Preisel- oder Moosbeere) oder dergleichen)?**

- Ja  Nein  Weiß nicht mehr

**(wenn ja) Bitte geben Sie die Namen aller pflanzlichen Präparate an, die Sie eingenommen haben.**

**(wenn ja) Was war der Grund für die Einnahme des pflanzlichen Präparats (Beschwerde, Erkrankung)?**

**(wenn ja) In welchen Schwangerschaftswochen haben Sie das jeweilige Präparat eingenommen?**

Name des pflanzlichen Arzneimittels	Grund für die Einnahme (Erkrankung/ Beschwerden)	Zeit der Anwendung (SSW)
		<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
		<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

**21. (wenn ja, Frage 20) Wer hat Ihnen die Einnahme pflanzlicher Präparate in der Schwangerschaft angeraten?**

- Eigener Initiative  
 Familie/Freunde  
 Arzt  
 Hebamme/ Krankenschwester  
 Apothekenpersonal  
 Personal im Reformhaus oder Naturkostladen  
 Internet  
 Zeitschriften, Medien usw.  
 Sonstiges (bitte angeben \_\_\_\_\_)

**22. Haben Sie in der Schwangerschaft homöopathische Präparate eingenommen?**

- Ja  Nein  Weiß nicht mehr

**(wenn ja) Aus welchem Grund?**

\_\_\_\_\_

## WEITERE FRAGEN ZUR EINNAHME VON MEDIKAMENTEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

**23. Haben Sie es bewusst vermieden, ein Medikament in der Schwangerschaft einzunehmen?**

- Ja  Nein  Weiß nicht mehr

**(Wenn Ja) Welches Medikament?**

\_\_\_\_\_

**Wenn Ja) Warum haben Sie auf die Einnahme verzichtet?**

---

**24. Haben Sie sich bewusst dazu entschlossen, ein von einem Arzt verschriebenes Medikament nicht einzunehmen, weil Sie schwanger waren?**

Ja

Nein

Weiß nicht mehr

**(Wenn Ja) Welches Medikament?**

---

**Wenn Ja) Warum haben Sie auf die Einnahme verzichtet?**

---

VERTRAULICH

## IHR PERSÖNLICHES INFORMATIONSBEDÜRFNIS

**25. haben Sie während Ihrer Schwangerschaft Informationen zu Medikamenten benötigt?**

- Ja
- Nein

**26. (Wenn ja) An wen haben Sie sich gewandt, um Informationen zu erhalten? (mehrere Antworten sind möglich)**

- Familie/Freunde
- Arzt
- Hebamme/Krankenschwester
- Apothekenpersonal
- Personal im Reformhaus oder Naturkostladen
- Packungsbeilage („Beipackzettel“) Arzneimittelverzeichnis (Austria Codex)/
- Vergiftungszentrale
- Teratologische Beratungsstelle
- Internet
- Zeitschriften, Medien usw.
- Sonstiges (bitte angeben \_\_\_\_\_)

**27. Wenn Ja in Frage 25) Falls Sie mehrere Informationsquellen hatten, haben Sie von den verschiedenen Quellen die gleichen Informationen erhalten?**

- Ja, ich habe genau die gleichen Informationen erhalten
- Ja, insgesamt gesehen habe ich die gleichen Informationen erhalten(sie waren nur etwas anders formuliert oder unterschieden sich in geringfügigen Einzelheiten)
- Nein, Teile der eingeholten Informationen waren unterschiedlich
- Nein, die Informationen waren gegensätzlich

**28. Wie haben Sie reagiert, als Sie Widersprüche zwischen den Quellen festgestellt hatten?**

- Gar nicht
- Ich war beunruhigt
- Ich habe, das Medikament nicht (mehr) eingenommen
- Ich habe mir eine neue Informationsquelle gesucht (An welche neue Quelle haben Sie sich gewandt? \_\_\_\_\_)
- Ich habe, auf die eine Quelle vertraut und die andere, widersprüchliche Quelle ignoriert (Auf welche Quelle haben sie vertraut? \_\_\_\_\_ Welche Quelle haben Sie ignoriert? \_\_\_\_\_)

**29. Wie oft bitten Sie jemanden um Hilfe beim Lesen von Unterlagen aus dem Krankenhaus?**

- Immer
- Oft
- Manchmal
- Gelegentlich
- Nie

**30. Wie sicher fühlen Sie sich, wenn Sie medizinische Formulare selbst ausfüllen müssen?**

- Äußerst sicher
- Ziemlich sicher
- Einigermaßen sicher
- Wenig sicher
- Gar nicht sicher

**31. Wie oft bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, sich über Ihren eigenen Gesundheitszustand ein Bild zu machen, weil es schwierig ist, die geschriebenen Informationen darüber zu verstehen?**

- Immer
- Oft
- Manchmal
- Gelegentlich
- Nie

VERTRAULICH

## I. EINNAHME VON MEDIKAMENTEN GEGEN CHRONISCHE ERKRANKUNGEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

**Falls Sie während Ihrer Schwangerschaft Medikamente zur Behandlung einer chronischen Erkrankung einnehmen oder eingenommen haben, füllen Sie bitte diesen Teil des Fragebogens aus und geben Sie Auskunft zu jenen Medikamenten, die Sie täglich einnehmen.**

*Chronische Erkrankungen sind unter anderem Asthma, Allergie, Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion, Mangel an Schilddrüsenhormonen), Rheumatische Beschwerden (einschl. rheumatoide Arthritis und Psoriasis-Arthritis), Diabetes (Typ I oder II), Epilepsie, Depression, Angststörungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschl. Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte).*

**Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?**       Ja       Nein

**(wenn ja) Bitte geben Sie an, ob Sie unter einer der folgenden chronischen Erkrankungen leiden.**

		<b>Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen chronische Erkrankungen an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.</b>	<b>In welchen Schwangerschaftswochen haben Sie das Medikament eingenommen?</b>
Asthma/Allergie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Asthma/Allergie an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion, Mangel an Schilddrüsenhormonen)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Hypothyreose an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Rheumatische Beschwerden (einschl. rheumatoide Arthritis und Psoriasis-Arthritis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Rheumatische Beschwerden an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Diabetes (Typ I oder II)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Diabetes an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

		<b>Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen chronische Erkrankungen an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.</b>	<b>In welchen Schwangerschaftswochen haben Sie das Medikament eingenommen?</b>
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Epilepsie an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Depression/Angststörungen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Depression/Angststörungen an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Herz-Kreislauf-Erkrankungen (einschl. Bluthochdruck und erhöhte Cholesterinwerte)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung
Andere (Welche?: _____)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Führen Sie bitte den Namen der Medikamente gegen chronische Erkrankungen an, die Sie in der Schwangerschaft einnehmen oder eingenommen haben.	<input type="checkbox"/> Woche 0-12 <input type="checkbox"/> Woche 13-24 <input type="checkbox"/> Woche 25 - Entbindung

## II. IHRE MEINUNG ZU ÄRZTLICH VERSCHRIEBENEN MEDIKAMENTEN

- In diesem Abschnitt geht es um Ihre persönliche Meinung zu den Medikamenten, die Ihnen verschrieben wurden.
- Es folgen Aussagen, die andere Personen zu ihren Medikamenten getroffen haben.
- Bitte geben Sie an, inwiefern Sie diesen Aussagen zustimmen, indem Sie das zutreffende Kästchen ankreuzen.

Hier gibt es keine richtigen oder falschen Antworten; vielmehr möchten wir gerne Ihre persönliche Meinung hören.

	Absolut zutreffend	Zutreffend	Weiß nicht	Unzutreffend	Absolut unzutreffend
Mein Leben, so wie ich es jetzt führe, wäre ohne meine Medikamente nicht möglich	<input type="radio"/>				
Es bereitet mir Sorgen, Medikamente nehmen zu müssen	<input type="radio"/>				
Meine derzeitige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab	<input type="radio"/>				
Ohne meine Medikamente wäre ich sehr krank	<input type="radio"/>				
Manchmal mache ich mir Sorgen wegen der langfristigen Auswirkungen meiner Medikamente	<input type="radio"/>				
Ich kenne mich bei meinen Medikamenten nicht so genau aus	<input type="radio"/>				
Meine zukünftige Gesundheit hängt von meinen Medikamenten ab	<input type="radio"/>				
Meine Medikamente stören mein Leben	<input type="radio"/>				
Manchmal mache ich mir Sorgen, zu abhängig zu werden, von meinen Medikamenten	<input type="radio"/>				
Meine Medikamente schützen mich davor, dass es mir schlechter geht	<input type="radio"/>				
Die Medikamente verursachen bei mir unangenehme Nebenwirkungen	<input type="radio"/>				

**III. FRAGEN ZU IHRER VERWENDUNG VON [NAME OF HEALTH CONDITION] -MEDIKAMENTEN IN DER SCHWANGERSCHAFT UND/ODER STILLZEIT**

- Viele Menschen nehmen ihre Medikamente auf jene Weise ein, die ihnen am angemessensten erscheint.
- Dabei kann es zu Abweichungen von den Angaben zur Verwendung auf der Packungsbeilage oder den Anweisungen des Arztes kommen.
- Es folgen nun Fragen zur Art und Weise, wie Sie Ihre Medikamente verwenden.

Bitte kreuzen Sie für jede Aussage das auf Sie zutreffende Kästchen an.

a) Vergessen Sie manchmal, Ihre Medikamente zu nehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
b) Haben Sie manchmal Probleme, daran zu denken, Ihre Medikamente zu nehmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
c) Hören Sie manchmal auf, Ihre Medikamente zu nehmen, wenn es Ihnen besser geht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
d) Hören Sie manchmal auf, Ihre Medikamente zu nehmen, wenn es Ihnen schlechter geht, nachdem Sie sie genommen haben? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

i) Weitere Kommentare zu Ihrer Art der Verwendung von Medikamenten in der Schwangerschaft:

---

---

---

---

---

## IHRE MEINUNG ZU MEDIKAMENTEN

**In diesem Abschnitt geht es um Ihre persönliche Meinung zu Medikamenten. Hier gibt es keine richtigen oder falschen Antworten; vielmehr möchten wir gerne Ihre persönliche Meinung hören.**

<b>32. Es folgen Aussagen, die andere Personen generell zu Medikamenten getroffen haben. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen, indem Sie das betreffende Kästchen ankreuzen. (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile)</b>					
	<b>Absolut zutreffend</b>	<b>Zutreffend</b>	<b>Weiß nicht</b>	<b>Unzutreffend</b>	<b>Absolut unzutreffend</b>
Die Fähigkeit der Ärzte, Menschen zu heilen, wäre ohne Medikamente geringer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzte verwenden zu viele Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Menschen, die Medikamente einnehmen, sollten ihre Behandlung hin und wieder unterbrechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die meisten Medikamente machen süchtig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturheilmittel sind unbedenklicher als Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente schaden mehr als dass Sie nützen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente verhelfen vielen Menschen zu einem besseren Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medikamente tragen dazu bei, dass viele Menschen länger leben können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle Medikamente sind Gift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ärzte vertrauen zu sehr auf Medikamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn Ärzte mehr Zeit für Patienten hätten, würden Sie weniger Medikamente verschreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meistens überwiegen die Vorteile der Medikamente und nicht ihre Risiken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. Es folgen einige Aussagen zur Einnahme von Medikamenten in der Schwangerschaft. Bitte geben Sie an, inwiefern Sie diesen Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen, indem Sie das betreffende Kästchen ankreuzen. (Bitte nur ein Kreuz pro Zeile)**

	<b>Absolut zutreffend</b>	<b>Zutreffend</b>	<b>Weiß nicht</b>	<b>Unzutreffend</b>	<b>Absolut unzutreffend</b>
Die Schwelle, die zu überwinden ist, bevor ich ein Medikament einnehme, ist höher wenn ich schwanger bin als wenn ich nicht schwanger bin.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obwohl ich krank bin und ein Medikament einnehmen sollte, ist es besser für mein Ungeborenes, dies nicht zu tun.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangere sollten eher pflanzliche Arzneimittel als herkömmliche Medikamente einnehmen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VERTRAULICH

## IHRE EINSCHÄTZUNG VON RISIKEN IN DER SCHWANGERSCHAFT

**34. Von 100 gesunden Frauen, die in einem gesunden Umfeld leben, werden wie viele Ihrer Einschätzung nach ein Kind mit angeborener Fehlbildung zur Welt bringen?**

**35. Unten finden Sie eine Liste verschiedener Medikamente, Nahrungsmittel und anderer Stoffe. Bitte geben Sie an, wie Sie die Schädlichkeit dieser Substanzen für das Ungeborene auf einer Skala von 0 bis 10 einschätzen, wobei 0 für 'nicht schädlich' und 10 für 'sehr schädlich' steht.**

**Sollten Sie eine der Substanzen nicht kennen, kreuzen Sie 'unbekannte Substanz' an.**

	unbekannte Substanz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Paracetamol	<input type="checkbox"/>											
Antibiotika (z.B. Penicillin.....)	<input type="checkbox"/>											
Antidepressiva (z.B. SSRIs.....)	<input type="checkbox"/>											
Thalidomid	<input type="checkbox"/>											
H1N1 Grippeimpfung (Schweinegrippe)	<input type="checkbox"/>											
Nicht verschreibungspflichtige Medikamente gegen Übelkeit	<input type="checkbox"/>											
Ingwer	<input type="checkbox"/>											
Cranberry (amerikanische Preisel- oder Moosbeere)	<input type="checkbox"/>											
Blauschimmelkäse (z.B. Gorgonzola)	<input type="checkbox"/>											
Eier	<input type="checkbox"/>											
Alkohol im 1. Schwangerschaftsdrittel (z.B. Wein, Bier, Spirituosen)	<input type="checkbox"/>											
Rauchen (z.B. Zigaretten)	<input type="checkbox"/>											
Zahnröntgen	<input type="checkbox"/>											

## WIE GEHT ES IHNEN ZURZEIT?

**36. Die folgenden 10 Fragen betreffen Ihr Wohlbefinden in den vergangenen 7 Tagen. Hier gibt es keine richtigen oder falschen Antworten; vielmehr möchten wir gerne Ihre persönliche Meinung hören. Kreuzen Sie bitte jeweils eine Antwortalternative pro Frage an.**

**1. Ich konnte lachen und die komische Seite von Dingen sehen**

- So viel wie bisher
- Nicht ganz wie früher
- Entschieden nicht so sehr wie bisher
- Überhaupt nicht

**2. Ich habe mich auf Dinge im Voraus gefreut**

- So viel wie bisher
- Wohl weniger als gewöhnlich
- Entschieden weniger wie bisher
- Kaum mehr

**3. Ich habe mich unnötiger Weise schuldig gefühlt, wenn Dinge schief gingen**

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nicht sehr oft
- Nein, niemals

**4. Ich war ängstlich oder besorgt ohne Grund**

- Nein, gar nicht
- Kaum
- Ja, gelegentlich
- Ja, sehr oft

**5. Ich habe mich gefürchtet oder war in Panik ohne guten Grund**

- Ja, sehr häufig
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht viel
- Nein, überhaupt nicht

**6. Dinge wurden mir zuviel**

- Ja, meistens konnte ich die Situation nicht meistern
- Ja, gelegentlich konnte ich die Dinge nicht so gut meistern wie sonst
- Nein, meistens konnte ich die Situation meistern
- Nein, ich bewältigte Dinge so gut wie immer

**7. Ich war so unglücklich, dass ich nur schlecht schlafen konnte**

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**8. Ich habe mich traurig oder elend gefühlt**

- Ja, meistens
- Ja, gelegentlich
- Nein, nicht sehr häufig
- Nein, gar nicht

**9. Ich war so unglücklich, dass ich weinen musste**

- Ja, den größten Teil der Zeit
- Ja, sehr häufig
- Nur gelegentlich
- Nein, nie

**10. Der Gedanke, mir etwas anzutun, ist mir gekommen**

- Ja, recht häufig
- Gelegentlich
- Kaum jemals

Niemals

## WIE SEHEN SIE SICH SELBST?

Um etwas mehr über den Charakter der Teilnehmerinnen an dieser Studie zu erfahren, bitten wir Sie, die nun folgenden Fragen zu Ihrem Selbstbild zu beantworten.

Bitten geben Sie an, inwiefern diese Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen, indem Sie das betreffende Feld der Skala von 1 bis 5 ankreuzen, wobei 1 für "absolut unzutreffend" und 5 für "absolut zutreffend" steht (bitte nur ein Kreuz pro Zeile).

37. Ich sehe mich selbst als jemand der, .....	Unzutreffend			Zutreffend	
	1	2	3	4	5
1. gesprächig ist, und sich gern unterhält	<input type="radio"/>				
2. dazu neigt, andere zu kritisieren	<input type="radio"/>				
3. Aufgaben gründlich erledigt	<input type="radio"/>				
4. oft deprimiert und niedergeschlagen ist	<input type="radio"/>				
5. originell ist und neue Ideen entwickelt	<input type="radio"/>				
6. eher zurückhaltend und reserviert ist	<input type="radio"/>				
7. hilfsbereit und selbstlos gegenüber anderen ist	<input type="radio"/>				
8. manchmal schlampig ist	<input type="radio"/>				
9. entspannt ist und sich durch Stress nicht aus der Ruhe bringen lässt	<input type="radio"/>				
10. vielseitig interessiert ist	<input type="radio"/>				
11. Voller Energie und Tatendrang ist	<input type="radio"/>				
12. oft in Streitereien verwickelt ist	<input type="radio"/>				
13. zuverlässig und gewissenhaft arbeitet	<input type="radio"/>				
14. leicht angespannt reagiert	<input type="radio"/>				
15. tief sinnig ist und gerne über Sachen nachdenkt	<input type="radio"/>				
16. begeisterungsfähig ist und andere leicht mitreißen kann	<input type="radio"/>				
17. nicht nachtragend ist und anderen leicht vergibt	<input type="radio"/>				
18. eher unordentlich ist	<input type="radio"/>				
19. sich viele Sorgen macht	<input type="radio"/>				
20. eine aktive Vorstellungskraft hat und phantasievoll ist	<input type="radio"/>				
21. eher der wortkarge "stille Typ" ist ,	<input type="radio"/>				
22. anderen Vertrauen schenkt und an das Gute im Menschen glaubt	<input type="radio"/>				
23. bequem ist und zur Faulheit neigt	<input type="radio"/>				
24. emotional ausgeglichen ist und nicht leicht aus der Fassung zu bringen ist	<input type="radio"/>				
25. erfinderisch und einfallreich ist	<input type="radio"/>				
26. durchsetzungsfähig und energiegelad ist	<input type="radio"/>				
27. sich kalt und distanziert verhalten kann	<input type="radio"/>				
28. ausharrt (und weiterarbeitet) bis die Aufgabe fertig ist	<input type="radio"/>				
29. launisch sein kann, und Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>				

hat					
30. künstlerische und ästhetische Eindrücke schätzt	<input type="radio"/>				
31. manchmal schüchtern und gehemmt ist	<input type="radio"/>				
32. rücksichtsvoll und einfühlsam zu anderen ist	<input type="radio"/>				
33. tüchtig ist und flott arbeitet	<input type="radio"/>				
34. ruhig bleibt, selbst in Stresssituationen	<input type="radio"/>				
35. es mag, wenn Aufgaben routinemässig zu erledigen sind	<input type="radio"/>				
36. aus sich heraus geht, gesellig ist	<input type="radio"/>				
37. sich schroff und abweisend anderen gegenüber verhalten kann	<input type="radio"/>				
38. Pläne macht und sie auch umsetzt	<input type="radio"/>				
39. leicht nervös und unsicher wird	<input type="radio"/>				
40. gerne Überlegungen anstellt und mit abstrakten Ideen spielt	<input type="radio"/>				
41. nur wenig künstlerisches Interesse hat	<input type="radio"/>				
42. sich kooperativ verhält und die Zusammenarbeit dem Wettbewerb vorzieht	<input type="radio"/>				
43. leicht ablenkbar ist und nicht bei der Sache bleibt	<input type="radio"/>				
44. sich gut in Musik, Kunst oder Literatur auskennt	<input type="radio"/>				

**Vielen Dank für Ihren Beitrag!**