

# VLAC-Studie: Online-Fragebogen Baseline

---

Datum zum Zeitpunkt des Ausfüllens:

---

**Teil 1: Fragen zur Impfung**

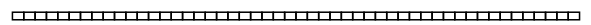
Aus welchem Grund lassen Sie sich gegen das Coronavirus impfen? (Bitte alle zutreffenden Antworten auswählen)

- Ich habe eine chronische Krankheit
- Ich lasse mich aufgrund der Zertifikatspflicht impfen
- Ich arbeite im Gesundheitswesen
- Ich lebe mit einer besonders gefährdeten Person zusammen oder betreue eine solche Person
- Ich gehöre wegen einem anderen Grund zu den besonders gefährdeten Personen (Bitte beschreiben Sie diesen)
- Ich möchte mich selbst schützen
- Ich möchte mein Kind schützen (durch das Stillen)
- Ich möchte so schnell wie möglich zu einem normalen Leben zurückkehren können
- Mein Arbeitgeber möchte, dass ich mich impfen lasse
- Ich möchte bzw. muss reisen (beruflich oder privat) und benötige daher einen Impfnachweis
- Ich möchte zum Schutz der Allgemeinheit beitragen
- Anderes (Bitte beschreiben): \_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihre Meinung betreffend Impfungen im Allgemeinen beschreiben?

1- Stark dagegen

10 - Stark dafür



(Place a mark on the scale above)

**Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der folgenden Fragen auf Impfungen im Allgemeinen.**

**Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?**

	1 - Stimme überhaupt nicht zu	2 - Stimme eher nicht zu	3 - Neutral	4 - Stimme eher zu	5 - Stimme voll und ganz zu
Ich vertraue den Impfstoffherstellern und Pharmaunternehmen im Allgemeinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich vertraue dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) im Allgemeinen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich verstehe, wie Impfungen meinem Körper helfen, Infektionskrankheiten zu bekämpfen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich finde es wichtig, dass ich geimpft werde.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impfungen sind Teil eines gesunden Lebensstils.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie zuversichtlich sind Sie insgesamt, dass Sie nach der Impfung vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus geschützt sind?

1 - Gar nicht zuversichtlich

10 - Sehr zuversichtlich

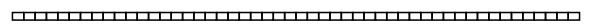


(Place a mark on the scale above)

Wie schwerwiegend wäre eine Ansteckung mit dem Coronavirus für Sie selbst (wie ernsthaft krank würden Sie Ihrer Meinung nach sein)?

1 - Gar nicht schwerwiegend

10 - Sehr schwerwiegend

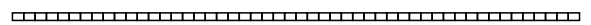


(Place a mark on the scale above)

Wie schwerwiegend wäre eine Erkrankung mit dem Coronavirus für Ihr Baby?

1 - Gar nicht schwerwiegend

10 - Sehr schwerwiegend



(Place a mark on the scale above)

Aus welchem Grund haben Sie bisher mit der Impfung gewartet, beziehungsweise wieso haben Sie sich nicht während der Schwangerschaft impfen lassen?

\_\_\_\_\_

## Teil 2: Fragen zu allfälligen Coronavirus Symptomen und Episoden, Hospitalisationen und durchgeführten Tests

Sind Sie seit Januar 2020 jemals mittels eines Nasen- oder Rachenabstrichs oder eines Spucktests auf das Coronavirus getestet worden (PCR-Test oder Schnelltest)?

- Nein  
 Ja  
 Ich weiss es nicht / Ich will diese Frage nicht beantworten

Wie oft wurden Sie mittels eines Abstrich- oder Spucktest auf das Coronavirus getestet? (Anzahl) \_\_\_\_\_

Bitte nennen Sie die Gründe, für die Sie einen Abstrichtest gemacht haben:

- Ich hatte Symptome.  
 Ich wurde vom kantonsärztlichen Dienst bzw. vom Contact Tracing dazu aufgefordert, weil ich mit einer Person in Kontakt war, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde (d.h. Kontakt mit einer infizierten Person).  
 Ich wurde durch die SwissCovid-App darauf aufmerksam gemacht, dass ich mit einer Person in Kontakt war, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde.  
 Ich wurde im Rahmen einer Ausbruchsuntersuchung auf Anweisung des kantonsärztlichen Dienstes getestet (z.B. Test aller Personen einer Veranstaltung, aller Bewohner einer Wohn-/Pflegeeinrichtung, aller Schüler/Studenten in einer Klasse bzw. einem Jahrgang/Institut, etc.).  
 Ich wurde aufgrund meiner Arbeit routinemässig getestet (z.B. wegen Patientenkontakt, Kontakt mit Bewohnern).  
 Ich wurde im Rahmen einer Screening-Untersuchung bei der Arbeit oder in der Schule/Universität getestet (z.B. alle Mitarbeiter einer Firma, alle Schüler/Studenten einer Schule/Universität)  
 Ich wurde direkt von einer Person, mit der ich in Kontakt stand, darüber informiert, dass bei ihm/ihr das Coronavirus nachgewiesen wurde  
 Ich brauchte den Test für eine Reise ins Ausland  
 Ich habe mich zum Schutz von Verwandten oder Bekannten testen lassen (z.B. vor einem Besuch oder einer Zusammenkunft)  
 Ich habe mich aufgrund der Zertifikatspflicht testen lassen  
 Anderer Grund (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen das Coronavirus jemals in einem der durchgeführten Abstrichtests nachgewiesen (d.h. mittels PCR-Test oder Schnelltest)?

- Nein  
 Ja  
 Ich weiss es nicht / Ich will diese Frage nicht beantworten

Wann wurde bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus erstmals festgestellt? (auch wenn Sie das genaue Datum nicht wissen, geben Sie bitte das wahrscheinlichste Datum an) \_\_\_\_\_

Warum haben Sie sich damals testen lassen?

- Ich hatte Symptome  
 Ich wurde vom kantonsärztlichen Dienst bzw. vom Contact Tracing dazu aufgefordert, weil ich mit einer Person in Kontakt war, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde (d.h. Kontakt mit einem Indexfall)  
 Ich wurde durch die SwissCovid-App darauf aufmerksam gemacht, dass ich mit einer Person in Kontakt war, bei der das Coronavirus nachgewiesen wurde  
 Ich wurde im Rahmen einer Ausbruchsuntersuchung auf Anweisung des kantonsärztlichen Dienstes getestet (z.B. Test aller Personen einer Veranstaltung, aller Bewohner einer Wohn-/Pflegeeinrichtung, aller Schüler/Studenten in einer Klasse bzw. einem Jahrgang/Institut, etc.).  
 Ich wurde aufgrund meiner Arbeit routinemässig getestet (z.B. wegen Patientenkontakt, Kontakt mit Bewohnern)  
 Ich wurde im Rahmen einer Screening-Untersuchung bei der Arbeit oder in der Schule/Universität getestet (z.B. alle Mitarbeiter einer Firma, alle Schüler/Studenten einer Schule/Universität)  
 Ich wurde direkt von einer Person, mit der ich in Kontakt stand, darüber informiert, dass bei ihm/ihr das Coronavirus nachgewiesen wurde  
 Ich brauchte den Test für eine Reise ins Ausland  
 Ich habe mich zum Schutz von Verwandten oder Bekannten testen lassen (z.B. vor einem Besuch oder einer Zusammenkunft)  
 Anderer Grund (bitte angeben): \_\_\_\_\_

---

Hatten Sie Symptome der Coronavirus-Krankheit "COVID-19", als bei Ihnen die Infektion mit dem Coronavirus erstmalig festgestellt wurde?

- Ja  
 Nein

---

Als Ihre Symptome am schlimmsten waren, wie lästig oder schlimm waren sie?

- Sehr mild  
 Mild  
 Mässig  
 Schwer  
 Sehr schwer

---

Als Ihre Symptome am schlimmsten waren, wie stark haben diese Sie in Ihren täglichen Aktivitäten beeinträchtigt?

- Überhaupt nicht  
 Ein bisschen  
 Etwas  
 Ziemlich fest  
 Sehr fest

---

Mussten Sie wegen der Coronavirus-Infektion stationär ins Krankenhaus aufgenommen werden?

- Ja  
 Nein

---

Wie oft wurden Sie wegen anhaltender Symptome der Coronavirus-Infektion oder wegen Komplikationen der Erkrankung ins Krankenhaus eingeliefert? (Anzahl)

\_\_\_\_\_

---

Wenn Sie uns von Ihrem Krankenhausaufenthalt (bzw. Ihren Krankenhausaufenthalten) erzählen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

---

Hatten Sie noch einen weiteren positiven Coronavirus-Abstrichtest (d.h. einen PCR-Test oder Schnelltest) mehr als zwei Monate nach dem ersten positiven Test?

- Ja  
 Nein  
 Ich weiss es nicht / Ich will diese Frage nicht beantworten

---

Wann war das Datum des zweiten positiven Tests? (auch wenn Sie das genaue Datum nicht wissen, geben Sie bitte das wahrscheinlichste Datum an)

\_\_\_\_\_

---

Wenn Sie nähere Angaben zu Ihren Coronavirus-Tests machen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

---

Wenn Sie nähere Angaben zu Ihrer Infektion mit dem Coronavirus machen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

---

Hatten Sie seit Januar 2020 für mindestens drei Tage irgendwelche Coronavirus- oder grippeähnlichen Symptome, die unerwartet auftraten und nicht mit einer möglichen chronischen Erkrankung oder einer bereits bekannten Allergie zusammenhängen?

- Nein  
 Ja  
 Ich weiss es nicht

---

Wie viele einzelne Episoden hatten Sie seit Januar 2020, während welcher solche Symptome aufgetreten sind? (Eine Episode bedeutet, dass Sie die Coronavirus-Symptome mindestens 3 Tage hintereinander gehabt haben.)

---

Wann hat diese Episode begonnen? (Falls es mehrere Episoden waren, geben Sie bitte das Datum der letzten Episode an)

---

Wie lange dauerten die Symptome bei dieser Episode ungefähr an? (Anzahl Tage)

---

Glauben Sie, dass eine oder mehrere dieser Episoden auf eine Infektion mit dem Coronavirus zurückzuführen ist?

- Ja  
 Nein

---

Bitte beschreiben Sie, warum Sie glauben, dass diese Episode mit dem Coronavirus zusammenhängt:

---

---

Wenn Sie uns mehr über Ihre Symptome erzählen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

---

---

Wurden Sie jemals auf Antikörper gegen das Coronavirus getestet (Serologie-Bluttest)?

- Nein  
 Ja  
 Ich weiss es nicht / Ich will diese Frage nicht beantworten

---

Wie oft wurden Sie auf Antikörper gegen das Coronavirus getestet? (Anzahl Tests)

---

---

Wann wurden Sie zum ersten Mal auf Antikörper gegen das Coronavirus getestet?

---

---

Was war das Ergebnis des ersten Antikörper-Tests?

- Positiv (Coronavirus-Antikörper nachgewiesen)  
 Negativ (Coronavirus-Antikörper nicht nachgewiesen)  
 Testergebnis noch ausstehend  
 Ich weiss es nicht / Ich möchte nicht antworten

---

Wann wurden Sie zum letzten Mal auf Antikörper gegen das Coronavirus getestet?

---

---

Wann wurden Sie zum letzten Mal auf Antikörper gegen das Coronavirus getestet?

---

---

Was war das Ergebnis des letzten Antikörper-Tests?

- Positiv (Coronavirus-Antikörper nachgewiesen)  
 Negativ (Coronavirus-Antikörper nicht nachgewiesen)  
 Testergebnis noch ausstehend  
 Ich weiss es nicht / Ich möchte nicht antworten

**Teil 3: Fragen zu Ihrem Verhalten und Risikosituationen****Inwieweit würden Sie sagen, dass es Ihnen im letzten Monat möglich war:**

	1- Nie	2	3	4	5	6	7 - Immer	Trifft nicht zu
Von Zuhause aus zu arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die empfohlenen Hygienemassnahmen umzusetzen (regelmässiges Händewaschen, Niesen in den Ellenbogen, Verwendung von Taschentüchern, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die empfohlenen Massnahmen zur "sozialen Distanzierung" umzusetzen (Mindestabstand von 1.5 Metern einhalten, kein Händeschütteln oder Umarmen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausserhalb von Zuhause eine Maske zu tragen (wenn eine Distanz von 1.5 Metern nicht möglich war und an Orten an denen es Pflicht ist)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grössere Menschenansammlungen zu vermeiden (mehr Personen, als aktuell durch das BAG empfohlen sind)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hatten Sie im vergangenen Monat einen engen Kontakt zu einer oder mehreren Personen, welche zu dem Zeitpunkt mit dem Coronavirus infiziert war(en)? (Ein enger Kontakt bedeutet, dass Sie für insgesamt mehr als 15 Minuten weniger als 1.5 Meter Distanz hatten.)

- Nein  
 Ja  
 Ich weiss es nicht / Ich möchte nicht antworten

Mit wie vielen Personen hatten Sie im vergangenen Monat einen engen Kontakt, als diese mit dem Coronavirus infiziert waren? (Anzahl) \_\_\_\_\_

Wie ist Ihre Beziehung zu dieser Person bzw. diesen Personen? (Mehrfachauswahl möglich)

- Partner/Partnerin, Ehemann/Ehefrau, fester Freund/Freundin  
 Familie  
 Freund/Freundin  
 Mitarbeiter/Mitarbeiterin oder eine vorgesetzte Person  
 Kunde/Kundin, Geschäftspartner/Geschäftspartnerin etc.  
 Bekannter/Bekannte  
 Patient/Patientin oder eine betreute Person (z.B. Altersheim)  
 Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin, Physiotherapeut/Physiotherapeutin oder andere medizinische Versorger  
 Andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

---

Verwenden Sie gegenwärtig die SwissCovid App?

- Ja, ständig
- Ja, aber manchmal schalte ich Bluetooth aus, um die Funktion der SwissCovid App zu unterbrechen
- Nein, ich habe die App wieder deinstalliert
- Nein, aber ich plane Sie zu verwenden
- Nein, ich verwende die App nicht

---

Hat die SwissCovid App im letzten Monat eine Warnung ausgegeben, dass Sie in Kontakt mit einer Person waren, welche mit dem Coronavirus infiziert war?

- Nein, ich hatte bisher keine Warnung
- Ja, ich habe die empfohlene Infoline SwissCovid angerufen
- Ja, ich habe andere Schritte unternommen (bitte beschreiben) \_\_\_\_\_
- Ja, aber ich habe keine weiteren Schritte unternommen

---

Waren Sie im letzten Monat im Ausland?

- Ja
- Nein
- Ich weiss es nicht / Ich möchte nicht antworten

---

Wie lange waren Sie insgesamt im Ausland? (Anzahl der Tage) \_\_\_\_\_

---

Galt eines oder mehrere der Länder, in welche Sie im letzten Monat gereist sind, als Risikoland gemäss dem Bundesamt für Gesundheit (d.h. mussten Sie nach Ihrer Rückkehr in die Schweiz in Quarantäne)?

- Nein
- Ja



---

#### **Teil 4 : Informationen zu Ihrer Gesundheit**

---

Wer ist Ihr Hausarzt (falls vorhanden, ansonsten bitte letzten behandelnden Arzt angeben)? Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

---

Wer ist Ihr Gynäkologe? Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

---

Wer ist Ihre Hebamme? Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

---

Wer ist der Kinderarzt Ihres Babys? Bitte geben Sie Namen und Adresse an.

**Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten? (bitte wählen Sie bei jeder Krankheit "Ja" oder "Nein" aus)**

	Ja	Nein	ich weiss es nicht / Ich möchte nicht antworten
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, koronare Herzkrankheit, Herzinsuffizienz, Schlaganfall, Karotisstenose, periphere Gefässerkrankungen, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Atemwegserkrankung (z.B. Asthma, chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronische Bronchitis, Lungenemphysem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chronische Nierenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krebs (aktuell oder in der Vergangenheit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheiten und/oder Behandlungen, die das Immunsystem schwächen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gerinnungsstörung (z.B. vermehrte Blutgerinnsel oder verstärkte Blutungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Krankheiten (bitte angeben) _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Um die Immunantwort auf die Impfung untersuchen zu können, ist es für uns wichtig, mehr zu Erkrankungen und Behandlungen bezüglich Ihres Immunsystems zu erfahren. Bitte geben Sie uns daher an, welche der folgenden Erkrankungen oder Behandlungen im letzten Monat auf Sie zutrafen:

- Einnahme von Steroiden ("Kortison", Prednison, Dexamethason, Hydrocortison, etc.; Tabletten, nicht als Crème/Salbe oder Inhalator)
- Immunsuppressive Medikamente wegen chronisch-entzündlicher Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen (z.B. Arthritis, Colitis Ulcerosa, Morbus Crohn, Multiple Sklerose, Lupus, etc.)
- Immunsuppressive Medikamente wegen Transplantation
- Laufende Chemotherapie wegen Krebs oder Leukämie
- HIV-Infektion
- Primäre oder angeborene Erkrankungen des Immunsystems
- Andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Falls Sie uns noch mehr zu Ihren Vorerkrankungen mitteilen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

---

Bestanden während Ihrer Schwangerschaft, bei Geburt,  
oder seit Geburt gesundheitliche Probleme bei Ihnen?

- Nein  
 Ja

---

Welche?

\_\_\_\_\_

---

Haben Sie Allergien?

- Nein  
 Ja

---

Bitte angeben:

---

Hatten Sie jemals eine allergische Reaktion auf eine  
Impfung?

- Ja  
 Nein

---

Wie schwerwiegend war die allergische Reaktion? Bitte beschreiben Sie diese:

---

Sind Sie während oder nach Ihrer Schwangerschaft  
gegen Keuchhusten (Pertussis) geimpft worden?

- Ja  
 Nein  
 Ich weiss es nicht

---

Wann wurden Sie zuletzt gegen Keuchhusten (Pertussis)  
geimpft (ungefähr)? (Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_

---

Wie gross sind Sie? (cm)

\_\_\_\_\_

---

Wie schwer sind Sie? (kg)

\_\_\_\_\_

---

Was ist ihre Blutgruppe?

- A  
 B  
 AB  
 0  
 Ich weiss es nicht

---

Rauchen Sie Zigaretten?

- Ja, ich rauche täglich  
 Ja, ich rauche gelegentlich  
 Nein, aber in der Vergangenheit habe ich täglich  
geraucht (Ex Raucher/in)  
 Nein, nie oder weniger als 100 Zigaretten im Leben

---

Wie viele Zigaretten pro Tag rauchen Sie  
durchschnittlich? (Anzahl Zigaretten pro Tag)

\_\_\_\_\_

---

Seit wie vielen Jahren rauchen Sie schon?

\_\_\_\_\_

---

Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?  
(Monat/Jahr)

---

---

Wie viele Jahre lang haben Sie ungefähr geraucht?

---

---

Wie viele Zigaretten pro Tag haben Sie  
durchschnittlich geraucht?

---

---

Konsumieren Sie gegenwärtig andere Tabakprodukte  
(z.B. Zigarren, Pfeifen, IQOS, Glo, Ploom, Shisha  
etc.) oder elektronische Zigaretten (Vaping)?

- Ja, täglich  
 Ja, gelegentlich  
 Nein, nicht gegenwärtig oder nur in der  
Vergangenheit

---

Welche Produkte konsumieren Sie? (Mehrfachauswahl)

- Zigarren  
 Pfeifen  
 IQOS  
 Glo  
 Ploom  
 Shisha  
 Elektronische Zigaretten  
 Andere (Bitte angeben) \_\_\_\_\_

## Teil 5: Informationen zu Ihrem Kind und Ihrem Stillverhalten

Wann ist Ihr jüngstes Kind geboren?

\_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie insgesamt?

\_\_\_\_\_

Gab es bei Ihrem jüngsten Kind Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt?

- Ja  
 Nein

Was war der Grund?

\_\_\_\_\_

Musste Ihr jüngstes Kind nach der Geburt im Krankenhaus/Kinderspital bleiben, weil es ihm/ihr nicht gut ging?

- Ja  
 Nein

Was war der Grund?

\_\_\_\_\_

Mussten Sie mit Ihrem jüngsten Kind seit der Geburt ins Krankenhaus/Kinderspital, weil Sie dachten, dass etwas nicht stimmt?

- Ja  
 Nein

Was war der Grund?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Ihr jüngstes Kind schon in die kinderärztliche Sprechstunde zur Kontrolle gebracht?

- Ja  
 Nein

Gab es während den Untersuchungen Grund zur Annahme, dass Ihr jüngstes Kind nicht gesund sei?

- Ja  
 Nein

Was war der Grund?

\_\_\_\_\_

Wie geht es Ihrem jüngsten Kind jetzt?

- Sehr gut  
 gut  
 ordentlich  
 schlecht  
 sehr schlecht

Ist Ihr jüngstes Kind gemäss Schweizer Impfplan geimpft?

- Ja  
 Nein

Haben Sie vor, Ihr Kind gemäss Schweizer Impfplan zu impfen?

- Ja  
 Nein

Wie lange stillen Sie schon? (Monate/Wochen/Tage)

\_\_\_\_\_

---

Wurden Ihr Kind/Ihre Kinder positiv auf COVID-19 getestet?

- Ja  
 Nein

---

Wie alt war das Kind/die Kinder?

---

---

Welche Beschwerden hatte das Kind/die Kinder?

---

---

Denken Sie, Ihr Kind hat eine COVID-19 assoziierte Erkrankung?

- Ja  
 Nein

---

Was genau hat Ihr Kind?

---

---

Denken Sie, dass die Impfung Ihre Muttermilchproduktion (Laktation) beeinflusst?

- Ja  
 Nein

---

Inwiefern?

---

---

Denken Sie, dass Ihr Baby nach Ihrer Impfung durch das Stillen vor COVID-19 geschützt wird?

- Ja  
 Nein

---

Wie denken Sie, kann das Stillen nach der Impfung Ihr Baby schützen?

---

---

Warum denken Sie, dass die Impfung und das darauffolgende Stillen keinen Schutz für Ihr Baby darstellt?

---

## Teil 6: Informationen zu Ihrer Lebensqualität

Bitte wählen Sie DAS Kästchen, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.



# EQ-5D-5L

### BEWEGLICHKEIT / MOBILITÄT

- Ich habe keine Probleme herumzugehen
- Ich habe leichte Probleme herumzugehen
- Ich habe mässige Probleme herumzugehen
- Ich habe grosse Probleme herumzugehen
- Ich bin nicht in der Lage herumzugehen

### FÜR SICH SELBST SORGEN

- Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe mässige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich habe grosse Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen
- Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen

### ALLGEMEINE TÄTIGKEITEN (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)

- Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe mässige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich habe grosse Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen
- Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen

### SCHMERZEN / KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

- Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe mässige Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden
- Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden

### ANGST / NIEDERGESCHLAGENHEIT

- Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

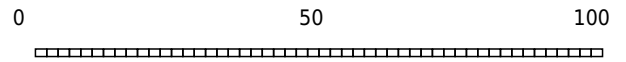
---

Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.

Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.

100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können. 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit die Sie sich vorstellen können.

Bitte markieren Sie den Punkt auf der Skala, der Ihrer Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.



*(Place a mark on the scale above)*

---

© EuroQol Research Foundation. EQ-5D™ is a trade mark of the EuroQol Research Foundation



## Teil 7: Soziodemographische Angaben, Fragen zu Arbeit und Haushalt

Welche Staatsangehörigkeit(en) haben Sie?  
(Mehrfachnennungen möglich)

- Schweiz
- Deutschland
- Frankreich
- Italien
- Spanien
- Portugal
- Türkei
- Serbien
- Montenegro
- Kosovo
- Kroatien
- Österreich
- Vereinigtes Königreich
- USA
- Andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Was ist Ihre Muttersprache(n)? (Mehrfachnennungen möglich)

- Schweizerdeutsch
- Deutsch
- Französisch
- Rätoromanisch
- Italienisch
- Spanisch
- Portugiesisch
- Türkisch
- Serbisch
- Albanisch
- Montenegrinisch (Crnogorski)
- Kroatisch
- Bosnisch
- Englisch
- Andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Wie viele Personen leben derzeit mit Ihnen im selben Haushalt?  
Erwachsene: Anzahl \_\_\_\_\_  
Kinder (unter 18 Jahren): Anzahl \_\_\_\_\_

Was ist Ihre aktuelle berufliche Situation?

- Angestellt
- Selbstständig
- In Ausbildung / an der Universität (mehrheitlich, mit oder ohne Nebeneinkommen)
- Im Ruhestand (pensioniert)
- Ohne Arbeit
- Andere (bitte angeben) \_\_\_\_\_

Welches ist die höchste Ausbildung, die Sie abgeschlossen haben (mit Zertifikat/Diplom)?

- Kein Schulabschluss
- Obligatorische Schule (Primarstufe und Sekundarstufe I)
- Berufsausbildung (Lehre oder Fachmittelschule, einschliesslich Berufsdiplom)
- Matura/Abitur, Berufsmaturität, Fachmaturität
- Höhere Fachschule (Pädagogische Hochschule, etc.) oder Fachhochschule (FH, etc.)
- Universitätsstudien (einschliesslich Polytechnikum)

Was ist Ihr Beruf? Wenn Sie derzeit nicht arbeiten, welchen Beruf übten Sie zuletzt aus?

\_\_\_\_\_

---

In welchem Bereich liegt Ihr aktuelles  
Haushaltseinkommen pro Monat (brutto)?

- < CHF 3'000
- CHF 3'000 - 6'000
- CHF 6'000 - 9'000
- CHF 9'000 - 12'000
- CHF 12'000 - 15'000
- CHF 15'000 - 18'000
- CHF 18'000 - 21'000
- > CHF 21'000

## Teil 8: Weitere Kommentare

**Sie sind jetzt am Ende des Fragebogens angelangt. Bevor Sie abschliessen, können Sie uns hier noch weitere Dinge mitteilen, welche Ihnen in Bezug auf Ihre Erlebnisse mit dem Coronavirus oder in Bezug zu dieser Studie wichtig sind.**

Falls Sie uns noch etwas dazu mitteilen möchten, wie sich Coronavirus auf Sie, Ihre Familie oder Ihre Lebensumstände ausgewirkt hat, können Sie dies gerne hier tun:

---

Falls Sie uns noch weitere allgemeine Dinge zur Studie mitteilen möchten, können Sie dies gerne hier tun: