

VLAC-Studie: Online-Fragebogen Follow-up

In diesem Fragebogen stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand und zu medizinischen Ereignissen, welche seit der letzten Befragung aufgetreten sind. Zudem fragen wir, ob Sie in der Zwischenzeit auf das Coronavirus getestet wurden und ob Sie möglicherweise mit dem Coronavirus in Kontakt gekommen sind. Diese Informationen helfen uns, die kurz- und langfristigen Auswirkungen der Coronavirus-Impfung auf Ihre Gesundheit zu untersuchen.

Dieser Fragebogen dauert etwa 10-15 Minuten. Wir bitten Sie, den Fragebogen so bald wie möglich auszufüllen.

Unerwünschte Wirkungen oder Symptome, die aufgrund der Impfung aufgetreten sind, haben Sie in der Zwischenzeit zu Hause im Symptom-Tagebuch eingetragen. Bitte nehmen Sie das Symptom-Tagebuch zu Ihrem Studienbesuch mit.

Wenn Sie Fragen haben oder beim Ausfüllen Probleme auftreten, zögern Sie bitte nicht, uns zu kontaktieren: Tel: 044 635 38 38 Email: vlac@ebpi.uzh.ch

Vielen Dank für Ihren Beitrag zur Studie!

Mit freundlichen Grüßen Ihr Studienteam der VLAC-Studie

Hinweis: In seltenen Fällen wird der Fragebogen nicht richtig angezeigt bzw. erscheint in unverständlicher Sprache. Grund dafür ist in der Regel eine automatische Übersetzungsfunktion des Webbrowsers. Bitte kontaktieren Sie uns in diesem Fall, damit wir das Problem gemeinsam beheben können. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Datum zum Zeitpunkt des Ausfüllens:

Teil 1: Informationen zu Ihrer Gesundheit

Wie geht es Ihnen heute im Vergleich zur letzten Befragung?

- ☐ Viel besser
- ☐ Etwas besser
- ☐ Weder besser noch schlechter
- ☐ Etwas schlechter
- ☐ Viel schlechter

Sind bei Ihnen nach der letzten Coronavirus-Impfung unerwünschte Wirkungen oder Symptome aufgetreten, welche mit der Impfung zusammenhängen?

- ☐ Nein
- ☐ Ja
- ☐ Ich weiss es nicht

Wir bitten Sie, alle unerwünschten Wirkungen und Symptome möglichst vollständig im Symptom-Tagebuch einzutragen und das Tagebuch beim nächsten Studienbesuch mitzubringen. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen, welche auf eine mögliche Neuinfektion mit dem Coronavirus abzielen:

Hatten Sie seit der letzten Befragung für mindestens drei Tage irgendwelche Coronavirus- oder grippeähnlichen Symptome, die unerwartet auftraten und nicht mit der Impfung, oder einer bekannten chronischen Erkrankung oder Allergie zusammenhängen?

- ☐ Nein
☐ Ja
☐ Ich weiss es nicht

Welche Symptome waren das? (bitte alle Symptome auswählen, die Sie hatten)

- ☐ Fiebriges Gefühl
☐ Gemessene Körpertemperatur von 38°C oder mehr
☐ Trockener Husten
☐ Husten mit Auswurf
☐ Blutiger Auswurf
☐ Laufende oder verstopfte Nase
☐ Niesen
☐ Halsschmerzen
☐ Kurzatmigkeit
☐ Atembeschwerden
☐ Kopfschmerzen
☐ Muskel- und/oder Gliederschmerzen
☐ Gelenkschmerzen
☐ Geschwollene Lymphknoten
☐ Schmerzen in Brust, Thorax und/oder Brustbein
☐ Müdigkeit oder Erschöpfung
☐ Appetitlosigkeit
☐ Übelkeit und/oder Erbrechen
☐ Durchfall
☐ Bauchschmerzen
☐ Verlust von Geruch und/oder Geschmack
☐ Gereizte und/oder tränende Augen
☐ Kribbeln oder andere Symptome des Nervensystems
☐ Ausschlag
☐ Andere Symptome (bitte angeben) _____

Wann haben diese Symptome begonnen? (wenn Sie das genaue Datum nicht wissen, geben Sie das ungefähre Datum an)

Haben Sie immer noch Symptome?

- ☐ Nein
☐ Ja

Wie lange hielten die Symptome an?
(Anzahl der Tage)

Welche der folgenden Symptome sind weiterhin vorhanden? (Mehrfachauswahl)

- ☐ Fiebriges Gefühl
- ☐ Gemessene Körpertemperatur von 38°C oder mehr
- ☐ Trockener Husten
- ☐ Husten mit Auswurf
- ☐ Blutiger Auswurf
- ☐ Laufende oder verstopfte Nase
- ☐ Niesen
- ☐ Halsschmerzen
- ☐ Kurzatmigkeit
- ☐ Atembeschwerden
- ☐ Kopfschmerzen
- ☐ Muskel- und/oder Gliederschmerzen
- ☐ Gelenkschmerzen
- ☐ Geschwollene Lymphknoten
- ☐ Schmerzen in Brust, Thorax und/oder Brustbein
- ☐ Müdigkeit oder Erschöpfung
- ☐ Appetitlosigkeit
- ☐ Übelkeit und/oder Erbrechen
- ☐ Durchfall
- ☐ Bauchschmerzen
- ☐ Verlust von Geruch und/oder Geschmack
- ☐ Gereizte und/oder tränende Augen
- ☐ Kribbeln oder andere Symptome des Nervensystems
- ☐ Ausschlag
- ☐ Andere Symptome (bitte angeben) _____

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

Waren Sie seit der letzten Befragung stationär im Krankenhaus?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn Sie uns mehr über Ihren Krankenhausaufenthalt erzählen möchten, können Sie das gerne hier tun.

Waren Sie seit der letzten Befragung bei einem Arzt?

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Wie oft waren Sie seit der letzten Befragung beim Arzt?
(Anzahl der Besuche)

Geben Sie bitte die Details für jeden Arztbesuch an (maximal 5 Besuche)

Arztbesuch 1

Können Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes angeben?

Wann war Ihr Arztbesuch? _____

Warum haben Sie den Arzt aufgesucht?

Arztbesuch 2

Können Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes angeben?

Wann war Ihr Arztbesuch? _____

Warum haben Sie den Arzt aufgesucht?

Arztbesuch 3

Können Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes angeben?

Wann war Ihr Arztbesuch? _____

Warum haben Sie den Arzt aufgesucht?

Arztbesuch 4

Können Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes angeben?

Wann war Ihr Arztbesuch? _____

Warum haben Sie den Arzt aufgesucht?

Arztbesuch 5

Können Sie uns den Namen und die Adresse des Arztes angeben?

Wann war Ihr Arztbesuch? _____

Warum haben Sie den Arzt aufgesucht?

Wenn Sie uns mehr über Ihren Arztbesuch (bzw. Ihre Arztbesuche) erzählen möchten und warum Sie ihn/sie besucht haben, können Sie dies gerne hier tun:

Haben Sie seit der letzten Befragung eine medizinische Hotline (z.B. Ärztefon, Medgate, Medphone, Medi24, PREMED-24, Santé24, etc.) angerufen?

☐ Nein
☐ Ja

Wie oft haben Sie die Hotline angerufen?
(Anzahl)

Geben Sie bitte die Details für jeden Anruf an (maximal 5 Anrufe)

Anruf 1

Was ist das ungefähre Datum des Aufrufs? _____

Was war der Grund für den Anruf bei der Hotline?

Anruf 2

Was ist das ungefähre Datum des Aufrufs? _____

Was war der Grund für den Anruf bei der Hotline?

Anruf 3

Was ist das ungefähre Datum des Aufrufs? _____

Was war der Grund für den Anruf bei der Hotline?

Anruf 4

Was ist das ungefähre Datum des Aufrufs? _____

Was war der Grund für den Anruf bei der Hotline?

Anruf 5

Was ist das ungefähre Datum des Aufrufs? _____

Was war der Grund für den Anruf bei der Hotline?

Wenn Sie uns mehr über Ihren Anruf (bzw. Ihre Anrufe) bei der medizinischen Hotline erzählen möchten, können Sie dies gerne hier tun.

Sind Sie seit der letzten Befragung mittels eines Nasen- oder Rachenabstrichs auf das Coronavirus getestet worden (PCR-Test oder Schnelltest)?

- ☐ Ja
☐ Nein

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)
- ☐ Anderer Grund (bitte angeben) _____

Wurden bei Ihnen das Coronavirus 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 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 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)
- ☐ Anderer Grund (bitte angeben) _____

Wurde bei Ihnen seit der letzten Befragung neu durch einen Arzt festgestellt, dass Sie eine der folgenden Virusinfektionen bzw. ein Wiederaufflammen einer der folgenden chronischen Virusinfektionen haben?

	Ja	Nein	Ich weiss es nicht
Grippe / Influenza	☐	☐	☐
Pfeiffer'sches Drüsenfieber / Epstein-Barr Virus / Mononukleose	☐	☐	☐
Gürtelrose / Varizella / Herpes Zoster / Windpocken	☐	☐	☐
Zytomegalievirus	☐	☐	☐
Herpes	☐	☐	☐
Andere: (bitte angeben) _____	☐	☐	☐

Pfeiffer'sches Drüsenfieber / Epstein-Barr Virus / Mononukleose
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Zytomegalievirus
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Herpes
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Grippe / Influenza
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Gürtelrose / Varizella / Herpes Zoster / Windpocken
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Andere
Wissen Sie, ob Sie auf das entsprechende Virus getestet wurden?

- ☐ Ja, ich wurde getestet
☐ Nein, ich wurde nicht getestet
☐ Nein, ich weiss es nicht

Wenn Sie nähere Angaben zu diesen Infektionen bzw. Viruserkrankungen oder Coronavirus-Tests machen möchten, können Sie dies gerne hier tun:

Wurde bei Ihrem Kind seit der letzten Befragung neu durch einen Arzt festgestellt, dass es eine der folgenden Virus- oder Bakterieninfektionen haben könnte?

- ☐ Nein, keine Infektionen wurden festgestellt
- ☐ Ja, RSV (Respiratorisches Synzytial Virus)
- ☐ Ja, Keuchhusten
- ☐ Ja, Windpocken
- ☐ Ja, Scharlach
- ☐ Ja, Masern
- ☐ Ja, Mumps
- ☐ Ja, Röteln
- ☐ Ja, Andere (bitte präzisieren): _____

Denken Sie, Ihr Kind hat eine Nebenwirkung durch Ihre SARS-CoV-2-Impfung erlitten?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Was genau?

Denken Sie, die Impfung hat Ihre Milchproduktion beeinflusst?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Was genau?

Teil 2: 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	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die empfohlenen Hygienemassnahmen umzusetzen (regelmässiges Händewaschen, Niesen in den Ellenbogen, Verwendung von Taschentüchern, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Die empfohlenen Massnahmen zur "sozialen Distanzierung" umzusetzen (Mindestabstand von 1.5 Metern einhalten, kein Händeschütteln oder Umarmen, etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
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)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Grössere Menschenansammlungen zu vermeiden (mehr Personen, als aktuell durch das BAG empfohlen sind)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hatten Sie seit der letzten Befragung 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

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) _____

Waren Sie seit der letzten Befragung im Ausland ?

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

Wie lange waren Sie insgesamt im Ausland?

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 3: 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

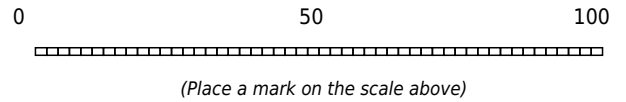
- ☐ Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin mässig ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert
- ☐ Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert

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.



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

Teil 4: 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 der Coronavirus-Impfung, dem Coronavirus im Allgemeinen oder in Bezug zu dieser Studie wichtig sind.

Wenn Sie uns sonst noch etwas zur Coronavirus-Impfung oder zum Coronavirus im Allgemeinen mitteilen möchten, können Sie das gerne hier tun:

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