

>> Anrede<<

>>Vorname Nachname<<

>>Anschrift<<

>>PLZ Ort<<

Fragebogen „Hören und Gesundheit“

Oldenburg, April 2022

>>Anrede<<

im Rahmen eines Forschungsprojektes, die das Hörzentrum Oldenburg und der Sonderforschungsbereich 1330 Hörakustik (HAPPAA) gemeinsam durchführen, möchten wir Sie herzlich um ihre Mitarbeit bitten.

In diesem Fragebogen geht es nicht nur um das Thema Hören, sondern auch um andere gesundheitliche Aspekte.

Es handelt sich um ein Forschungsprojekt, bei welchem wir ein neues bio-psycho-soziales Rahmenmodell (ICF) für die Behandlung von Hörstörungen in Europa etablieren möchten. Hierbei geht es in erster Linie nicht um die Diagnose einer Krankheit, sondern um den Grad der Funktionsfähigkeit in Abhängigkeit bestimmter Beeinträchtigungen, wie in unserem Fall die Hörschädigung. In dem ICF Konzept wird daher auch nicht von Krankheit gesprochen. Es geht vielmehr darum, Hinweise für eine Therapie oder Unterstützung bezüglich der berichteten Beeinträchtigungen zu finden.

Wir haben einen Fragekatalog direkt aus dem ICF Konzept abgeleitet, der ursprünglich für medizinisches Fachpersonal vorgesehen war, um Funktionsbeeinträchtigungen erkennen zu können. Diese Fragen wurden in eine patientengerechte Form gebracht.

Neben der Beantwortung der Fragen ist für uns Folgendes wichtig: Auf der letzten Seite des Fragebogens teilen Sie uns bitte mit, welche Fragen nicht verständlich sind und ob Sie ggf. Vorschläge haben, wie man die Fragen verbessern oder anders formulieren

kann. Bitte nutzen Sie die Tabelle, indem Sie die Fragennummer, z.B. H39 eintragen, und dann Ihre Kommentare eintragen.

Falls Sie Hörgeräte tragen, denken Sie bitte daran, dass Sie die Fragen zum Hören immer beantworten, wenn Sie berücksichtigen, dass Sie Hörgeräte tragen.

1. Freiwilligkeit, Anonymität und Datenschutz

Die Beantwortung dieses Fragebogens ist rein freiwillig! Auch können Sie einzelne Fragen, die Sie nicht beantworten möchten, einfach auslassen.

Allerdings führt nur eine große Beteiligung zu einem nachhaltigen Nutzen für Wissenschaft und Forschung und damit für die Betroffenen. Daher möchten wir Sie herzlich bitten teilzunehmen und den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen! Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Die Gebühr übernehmen natürlich wir, sodass Ihnen keinerlei Kosten entstehen werden.

Mit der Rücksendung dieser Fragebögen willigen Sie in die Datenerhebung ein.

Die im Rahmen dieser Studie erhobenen, oben beschriebenen Daten und persönlichen Mitteilungen werden vertraulich behandelt. So unterliegen diejenigen Projektmitarbeiter, die durch direkten und indirekten Kontakt mit Ihnen über personenbezogene Daten verfügen, der Schweigepflicht. Die Erhebung und Verarbeitung Ihrer oben beschriebenen persönlichen Daten erfolgt anonymisiert im Hörzentrum Oldenburg unter Verwendung einer Nummer und ohne Angabe Ihres Namens. Die anonymisierten Daten werden mindestens 10 Jahre gespeichert.

Des Weiteren wird die Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie in anonymisierter Form erfolgen, d. h. ohne dass Ihre Daten Ihrer Person zugeordnet werden können.

Für die Datenverarbeitung ist Dr. Kirsten Wagener, Hörzentrum Oldenburg gGmbH, Marie-Curie-Str. 2, 26129 Oldenburg, Telefon 0441 2172-100, E-Mail: studien@hz-ol.de verantwortlich.

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über Ihre bei uns gespeicherten personenbezogenen Daten zu erhalten. Ebenso haben Sie das Recht auf Berichtigung, Sperrung oder, abgesehen von der vorgeschriebenen Datenspeicherung zur Geschäftsabwicklung, Löschung Ihrer personenbezogenen Daten. Zuständiger Datenschutzbeauftragter ist Thomas Grzybowski, Hörzentrum Oldenburg gGmbH, Tel.: 0441-2172-111, E-Mail: datenschutz@hz-ol.de. Sie haben nach §77 Datenschutzgrundverordnung das Recht auf Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die Datenschutzgrundverordnung verstößt.

Die für das Hörzentrum Oldenburg zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen Barbara Thiel (Prinzenstraße 5, 30159 Hannover, Telefon: 0511 120 – 4500, Telefax: 0511 120 – 4599, E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de, Internet: <http://www.lfd.niedersachsen.de>).

Zusammengefasst haben Sie nach Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) folgende Rechte:

- Widerruf einer erteilten Einwilligung, mit Wirkung für die Zukunft (Art 7)
- Auskunft über Verarbeitung personenbezogener Daten (Art 15)
- Berichtigung (Art 16)
- Löschung (Art 17)
- Einschränkung der Verarbeitung (Art 18)
- Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20)
- Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung (Art. 21)

Sollten Daten aus einem Backupsystem wiederhergestellt werden müssen und sich dort auch Ihr Datensatz befinden, so wird diese Prozedur des Löschens/Sperrens vom Datenschutzbeauftragten zusammen mit dem Systemadministrator erneut manuell durchgeführt.

Wir würden uns sehr über Ihre Mitarbeit freuen!

Angaben zur Person

A01	Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.		
	weiblich	männlich	divers
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

A02	Wie lautet Ihr Geburtsdatum?
	_____ (Tag / Monat / Jahr)

A03	Wie ist Ihr aktueller Familienstand?					
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	getrennt lebend	Lebensgemeinschaft
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A04	Was ist Ihre derzeitige Berufstätigkeit?	
	1 <input type="checkbox"/> angestellt	
	2 <input type="checkbox"/> selbstständig	
	3 <input type="checkbox"/> Student	
	4 <input type="checkbox"/> Haushalt führend	
	5 <input type="checkbox"/> Rentner/Pensionär	
	6 <input type="checkbox"/> unentgeltliche Arbeit (wie z.B. Ehrenamt, Wohltätigkeit)	
	7 <input type="checkbox"/> arbeitslos (gesundheitliche Gründe)	Bitte angeben: _____
8 <input type="checkbox"/> arbeitslos (andere Gründe)	Bitte angeben: _____	
9 <input type="checkbox"/> Sonstiges	Bitte angeben: _____	

A05	Wie viele Jahre wurden Sie in der Schule und Universität insgesamt ausgebildet?
	Meine Ausbildung umfasste insgesamt _____ Jahre.

A06	Haben Sie eine Schule für Gehörlose/Hörgeschädigte besucht?	
	Ja	Nein
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

A07	Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation?	
	1 <input type="checkbox"/> ich lebe mit einem Partner zusammen	
	2 <input type="checkbox"/> Ich lebe ohne Partner, aber mit meinem/n Kind/Kindern zusammen	
	3 <input type="checkbox"/> Ich lebe mit Partner und meinem/n Kind/Kindern zusammen	
	4 <input type="checkbox"/> Ich lebe mit einem oder mehreren Freunden zusammen	
	5 <input type="checkbox"/> Ich lebe mit einem oder mehreren Familienmitgliedern zusammen	
	6 <input type="checkbox"/> Ich lebe mit anderen nicht verwandten Personen zusammen	
	7 <input type="checkbox"/> Ich lebe allein (unabhängig)	
	8 <input type="checkbox"/> Andere	Bitte angeben: _____

A08	Bitte geben Sie alle medizinischen Diagnosen bezgl. Ihres derzeitigen Gesundheitszustandes an.
	<p>1 <input type="checkbox"/> keine medizinischen Diagnosen</p> <p>2 <input type="checkbox"/> folgende Diagnosen bestehen:</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt</p> <p><input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen/erhöhter Blutdruck</p> <p><input type="checkbox"/> Schlaganfall</p> <p><input type="checkbox"/> Bindegewebserkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes/“Zuckerkrankheit“</p> <p><input type="checkbox"/> halbseitige Lähmung</p> <p><input type="checkbox"/> Nierenversagen/Dialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Leberkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs</p> <p><input type="checkbox"/> COPD/chronische Lungenkrankheit</p> <p><input type="checkbox"/> andere, bitte ausführen!</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
	<p>3 <input type="checkbox"/> Folgender Gesundheitszustand besteht, dessen Art oder Diagnose jedoch nicht bekannt ist (bitte näher beschreiben):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

A09	Haben Sie jemals Schusswaffen für Scheibenschießen oder Jagd, oder Beruf oder Militärdienst verwendet?		
	Ja, öfter	Ja, manchmal	Nein
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

→ Falls nein, weiter mit **Frage A11**

A10	Wenn ja, wie oft haben Sie beim Schießen mit Schusswaffen einen Gehörschutz (Ohrstöpsel, Kapselgehörschützer) getragen?					
	Nie (oder fast nie)	selten	teilweise	normalerweise	Fast immer (oder immer)	Nicht zutreffend
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A11	Hatten Sie jemals einen Arbeitsplatz oder eine Tätigkeit, bei der Sie 4 oder mehr Stunden am Tag, mehrere Tage in der Woche, lauten Geräuschen oder Lärm ausgesetzt waren? (Laut bedeutet so laut, dass Sie mit erhobener Stimme sprechen müssen, um gehört zu werden)?			
	Ja	Nein	Weiß ich nicht	Nichtzutreffend (nie gearbeitet)
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

→ Falls nein, weiter mit **Frage A14**

A12	Wenn ja, seit wie vielen Monaten oder Jahren sind Sie bei der Arbeit 4 oder mehr Stunden pro Tag an mehreren Tagen in der Woche lauten Geräuschen oder Lärm ausgesetzt?							
	bis 3 Monate	3 – 11 Monate	1 – 2 Jahre	3 – 4 Jahre	5 – 9 Jahre	10 – 14 Jahre	15 oder mehr Jahre	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	7 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>

A13	Wenn ja, wie oft haben Sie einen Gehörschutz (Ohrstöpsel, Kapselgehörschutz) getragen, wenn Sie bei der Tätigkeit sehr lauten Geräuschen oder Lärm ausgesetzt waren?					
	Nie (oder fast nie)	selten	teilweise	normalerwei se	Fast immer (oder immer)	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A14	Waren Sie außerhalb Ihrer Tätigkeit jemals 10 oder mehr Stunden pro Woche sehr lautem Lärm oder Musik ausgesetzt? (Dies ist Lärm, der so laut ist, dass Sie schreien müssen, um verstanden zu werden oder in einem Abstand von drei Metern gehört zu werden. Zum Beispiel Motorgeräusch oder laute Musik)		
	Ja	Nein	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

→ Falls nein, weiter mit **Frage A16**

A15	Wenn ja, wie oft haben Sie einen Gehörschutz (Ohrstöpsel, Kapselgehörschutz) getragen, wenn Sie sehr lauten Geräuschen oder dem Lärm außerhalb der Tätigkeit ausgesetzt waren?					
	Nie (oder fast nie)	selten	teilweise	normalerwei se	Fast immer (oder immer)	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A16	Ist Ihnen die Ursache für Ihren Hörverlust bekannt?		
	Ja	Nein	Nichtzutreffend
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

→ Falls nein, weiter mit **Frage A18**

A17	Wenn ja, wählen Sie die wichtigsten Ursachen aus:
	<p>1 <input type="checkbox"/> altersbedingter Hörverlust</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Lärmbedingte Hörschädigung (Ausgenommen Musik- oder Konzertereignissen)</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Lärmbedingte Hörschädigung nach Musik- oder Konzertereignissen</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Operation am Ohr</p> <p>5 <input type="checkbox"/> infektiöse Erkrankung</p> <p>6 <input type="checkbox"/> Unfall, Schädelverletzung</p> <p>7 <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme, Ototoxische Medikamente</p> <p>8 <input type="checkbox"/> angeboren</p> <p>9 <input type="checkbox"/> Knall, Explosion oder Schuss</p> <p>10 <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____</p>

A18	Hatten Sie einen Hörsturz?
	<p>1 <input type="checkbox"/> Ja</p> <p>Wie alt waren Sie? _____ (Jahre)</p> <p>Was war der Grund?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>3 <input type="checkbox"/> nicht zutreffend</p> <p>4 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht</p>

A19	Wurden oder werden Sie auf Grund Ihrer Ohr- Hörprobleme operiert?
	1 <input type="checkbox"/> wurde bereits operiert
	Wie alt waren Sie? _____ (Jahre)
	Welches Ohr? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
	Welche Art der Operation _____ _____ _____
	2 <input type="checkbox"/> OP ist geplant
	Voraussichtliches Datum? _____
	Welches Ohr? <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig
	Welche Art der Operation _____ _____ _____
	3 <input type="checkbox"/> Bisher keine OP und ist auch nicht geplant
	4 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

A20	Wurde bei Ihnen jemals eine Mittelohrentzündung diagnostiziert?
	1 <input type="checkbox"/> Ja Wie alt waren Sie? _____ (Jahre)
	2 <input type="checkbox"/> Nein
	3 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht

A21	Leiden Sie unter Ohrenlaufen (kein normales Ohrenschmalz, sondern abnorme Feuchtigkeit)?		
	Ja	Nein	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

A22	Wann wurde Ihr Hörvermögen das letzte Mal getestet?					
	Nie	vor weniger als 1 Jahr	vor 1 – 4 Jahren	vor 5 – 9 Jahren	vor 10 oder mehr Jahren	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A23	Sind in Ihrer Familie Ohr- oder Hörprobleme bekannt?		
	Ja	Nein	Weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

A24	Wenn ja, von welcher Seite der Familie?		
	mütterlicherseits	väterlicherseits	beide
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

A25	Wenn ja, geben Sie bitte die Beziehung an:					
	Großeltern	Eltern	Kinder	Geschwister	Tante oder Onkel	Cousin/e
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

A26	Können Sie mit einem Ohr besser hören?			
	überwiegend	nur manchmal	Nein	weiß ich nicht
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

A27	Tragen Sie Hörsysteme?			
	1 <input type="checkbox"/> Ja (Auf welchem Ohr?) <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig			
	2 <input type="checkbox"/> Nein			
	3 <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht			

A28	Wenn ja, welchen Typ von Hörsystem Tragen Sie?			
	Links:			
	1 <input type="checkbox"/> Hörgeräte (Hinter dem Ohr, In dem Ohr, Empfänger im Kanal, Knochenverankertes Hörgerät; BAHA)			
	2 <input type="checkbox"/> Cochlea Implantat (CI)			
	3 <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____			
	Rechts:			
	1 <input type="checkbox"/> Hörgeräte (Hinter dem Ohr, In dem Ohr, Empfänger im Kanal, Knochenverankertes Hörgerät; BAHA)			
	2 <input type="checkbox"/> Cochlea Implantat (CI)			
	3 <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____			

A29	Falls ja, Wie lange tragen Sie das/die Hörsystem(e) schon? (Falls Sie beidseitig ein Hörsystem tragen, geben Sie dies bitte separat an) Jahr und Monat			
	Linkes Gerät: seit _____ Rechtes Gerät: seit _____			

A30	Falls Ja, wie viele Stunden pro Tag nutzen Sie Ihr Hörsystem?			
	Weniger als 1 Stunde	1 – 4 Stunden	4 – 8 Stunden	Mehr als 8 Stunden
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihren generellen Alltag und können sich auch auf das Hören beziehen, müssen es aber nicht. Wir haben hier einen breiteren Fokus gelegt, der auch über das Hören hinaus gehen kann.

Abschnitt 1

H01	Haben Sie ein Problem Ihre Meinung oder Stimmung zu ändern, wenn Sie in einer stressvollen oder unvorhersehbaren Situation sind?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H02	Haben Sie Schlafprobleme (Einschlafen, häufiges Aufwachen während der Nacht oder frühes Aufwachen am Morgen)?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H03	Haben Sie Probleme Ihre Konzentration auf eine Sache zu richten?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H04	Haben Sie Probleme Ihre Konzentration auf zwei oder mehr Dinge gleichzeitig zu richten?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H05	Haben Sie Probleme sich Dinge zu merken?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H06	Haben Sie Probleme neue Informationen abzurufen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H07	Haben Sie Probleme mit Depressionen und Traurigkeit?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H08	Haben Sie Probleme eine Ihnen bekannte Person auf der anderen Straßenseite zu sehen und zu erkennen (ggf. mit Brille oder Kontaktlinsen)?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H09	Haben Sie Probleme einen Gegenstand auf Armlänge zu sehen und zu erkennen (ggf. mit Brille oder Kontaktlinsen)?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H10	Haben Sie Probleme bzw. leiden Sie an Geschmacksverlust?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H11	Haben Sie Probleme bzw. leiden Sie an Geruchsverlust?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H12	Haben Sie Probleme mit Schwindel, wenn Sie stehen, Ihre Position ändern oder laufen, auch wenn sich Ihr Kopf dabei nicht bewegt?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H13	Haben Sie Probleme mit Balance wenn Sie stehen, laufen oder Ihre Position ändern? (zum Beispiel aus dem Gleichgewicht geraten)?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H14	Haben Sie Probleme bzw. leiden Sie allgemein unter Schmerzen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H15	Haben Sie Probleme bzw. leiden Sie unter Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	Falls Sie Probleme haben, geben Sie bitte den genauen Bereich an, in dem Sie die Schmerzen spüren: Welcher Bereich? _____						

H16	Haben Sie Probleme mit der Bedeutung einer Nachricht in Ihrer Sprache zu verstehen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H17	Haben Sie ein Problem mit, eine aussagekräftige Nachricht in Ihrer Sprache zu produzieren?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H18	Haben Sie Probleme mit Ohrgeräuschen (Klingeln, Piepen, Rauschen oder Brummen)?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H19	Haben Sie Probleme mit einem Druckgefühl oder Druckausgleich mit den Ohren ("Ploppen" des Ohrs) in Ihrem täglichen Leben?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H20	Haben Sie Probleme mit Reizungen (z. B. Juckreiz) am oder im Ohr?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H21	Haben Sie Probleme Geräusche mit unterschiedlicher Tonhöhe zu unterscheiden?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H22	Haben Sie Probleme einzelne Töne zu unterscheiden?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H23	Haben Sie Probleme die Lautstärke von unterschiedlichen Geräuschen zu unterscheiden?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H24	Haben Sie Probleme ein Geräusch in Ihrer Umgebung zu erkennen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H25	Haben Sie Probleme Geräusche im Haushalt zu erkennen, wie zum Beispiel fließendes Wasser oder eine Waschmaschine?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H26	Haben Sie Probleme das Geräusch eines Autos und eines Busses zu unterscheiden?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H27	Haben Sie Probleme zu erkennen welche Instrumente spielen, wenn Sie Musik hören?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H28	Haben Sie Probleme zu erkennen woher ein Geräusch kommt?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H29	Haben Sie Probleme zu erkennen, ob ein Bus oder LKW auf Sie zukommt oder wegfährt?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H30	Haben Sie Probleme zu erkennen, aus welcher Richtung eines Raumes jemand, während eines Gespräches, eine Frage stellt?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H31	Haben Sie Probleme die Entfernung eines Busses oder LKWs anhand des Geräusches einzuschätzen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H32	Haben Sie Probleme zu sagen wo ein Mensch sich befindet, wenn dieser schreit, oder wo sich ein Hund aufhält, wenn er laut bellt, ohne dass sie ihn sehen können?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H33	Haben Sie Probleme sofort zu erkennen, ob die Person zu Ihrer Linken oder die Person zu Ihrer Rechten zu sprechen beginnt, ohne nachschauen zu müssen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H34	Haben Sie Probleme ein einzelnes Geräusch zu erkennen, wenn Sie gleichzeitig mehrere Geräusche hören?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H35	Haben Sie Probleme die Sprache von bedeutsamen Angehörigen auf einer großen Entfernung (über 2 Meter) zu verstehen? (Ihre engsten Familienangehörigen und Freunde)						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H36	Haben Sie Probleme die Sprache von bedeutsamen Angehörigen in einer ruhigen Umgebung zu verstehen? (Ihre engsten Familienangehörigen und Freunde)						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H37	Haben Sie Probleme die Sprache von bedeutsamen Angehörigen in einer geräuschvollen Umgebung zu verstehen? (Ihre engsten Familienangehörigen und Freunde)						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H38	Haben Sie Probleme den Nachrichtensprecher im Radio oder TV zu verstehen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H39	Haben Sie Probleme jemanden zu verstehen, während gleichzeitig der Fernseher läuft, ohne diesen leiser stellen zu müssen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H40	Haben Sie Probleme den Nachrichten- oder Radiosprecher zu verstehen und gleichzeitig zu verstehen, was jemand sagt?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegendes Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht- zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H41	Haben Sie gesundheitliche Probleme, die zu einer Beeinträchtigung des Sprechens oder Lautäußerungen führen? (z.B. Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren Bereich oder weitere Krankheiten wie Schlaganfall, Kopfverletzung und weitere)?		
	Yes	No	I don't know
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

→ Falls nein, weiter mit **Frage H49**

H42	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme haben zu pfeifen oder andere Geräusche (nicht Sprache) mit dem Mund zu machen? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H43	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme haben die Tonhöhe von Geräuschen (außer Sprache), z.B. Pfeifen, zu verändern? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H44	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme haben die Lautstärke von Geräuschen (außer Sprache), die sie machen, z.B. Pfeifen, zu verändern? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H45	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme mit der Aussprache haben? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H46	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme mit der Regulierung der Lautstärke Ihres Sprechens haben (zu leise oder zu laut)? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H47	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme mit der Geschwindigkeit Ihres Sprechens haben? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H48	Falls ja, wurden Ihnen von anderen Personen gesagt, dass Sie Probleme haben, Geschichten zu erzählen oder über etwas zu berichten? Wie groß war das Problem aus Sicht der anderen Personen?						
	Kein Problem / keine Beeinträchtigung	leichtes Problem / leichte Beeinträchtigung	mittleres Problem / mittlere Beeinträchtigung	starkes Problem / starke Beeinträchtigung	schwerwiegende s Problem / Beeinträchtigung	Weiß ich nicht	Nicht-zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Abschnitt 2

H49	Haben Sie Schwierigkeiten mit stressigen Situationen umzugehen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H50	Haben Sie Schwierigkeiten mit Menschen auf sozial angemessene Weise zu interagieren (z. B. Emotionen zu regulieren, verbale und körperliche Aggressionen zu kontrollieren)?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H51	Haben Sie Schwierigkeiten mit Menschen aus Ihrem Umfeld (z. B. Klassenkameraden, Arbeitskollegen, Freunde) in Kontakt zu treten?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H52	Haben Sie Schwierigkeiten im Umgang mit Menschen, die Sie nicht kennen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H53	Haben Sie Schwierigkeiten formale Beziehungen zu Autoritätspersonen (z. B. Arbeitgebern, Fachleuten oder Dienstleistern) aufzubauen und aufrechtzuerhalten?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H54	Haben Sie Schwierigkeiten sich mit Ihrer Familie oder Ihren Freunden zu treffen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H55	Haben Sie Schwierigkeiten neue Freundschaften zu schließen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H56	Haben Sie Schwierigkeiten eine Auseinandersetzung oder Diskussion mit einer Person oder mit mehreren Personen zu beginnen, fortzusetzen oder zu beenden?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H57	Haben Sie während einer Unterhaltung Schwierigkeiten eine Aussage oder Frage zu verstehen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H58	Haben Sie Schwierigkeiten die Beziehungen zu Ihren unmittelbaren Familienmitgliedern (Eltern, Partner, Kinder) aufrechtzuerhalten?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H59	Haben Sie Schwierigkeiten sich an Gemeinschaftsaktivitäten (z. B. Festen, religiösen oder anderen Aktivitäten) in üblicher Weise zu beteiligen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H60	Haben Sie Schwierigkeiten einem Hobby oder einer Freizeitaktivität nachzugehen (z. B. Spiele, Sport oder Kinobesuche)?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H61	Haben Sie Schwierigkeiten eine Beziehung auf sozial angemessene Weise zu beginnen und fortzuführen (z. B. Emotionen zu regulieren, verbale und körperliche Aggressionen zu kontrollieren)?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H62	Haben Sie Schwierigkeiten beim Kommunikationstechniken wie Lippenabsehen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

HINWEIS: Bitte beantworten Sie die Fragen 63-66 in Bezug auf Ihre Aufgaben in Schule, Universität, bezahlte oder unbezahlte Arbeit.

H63	Haben Sie Schwierigkeiten mit Ihrer täglichen Beschäftigung/Arbeit?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H64	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre wichtigsten Aufgaben gut zu erledigen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H65	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre erforderlichen Aufgaben zu erledigen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H66	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Aufgaben so schnell wie nötig zu erledigen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H67	Haben Sie Schwierigkeiten ein Gespräch zu beginnen, fortzusetzen oder zu beenden oder mit jemandem zu sprechen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H68	Haben Sie Schwierigkeiten ein Gespräch zu beginnen, fortzusetzen oder zu beenden oder mit mehreren Personen in einer Gruppe zu sprechen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiße ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H69	Haben Sie Schwierigkeiten mit jemanden ein Gespräch in einer größeren Versammlung zu führen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H70	Haben Sie Schwierigkeiten ein Gespräch in einem Bus oder Auto zu führen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H71	Haben Sie Schwierigkeiten einem Gespräch zwischen fünf Personen in einem belebten Restaurant zu folgen, obwohl Sie alle sehen können?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H72	Haben Sie Schwierigkeiten ein Telefonat in einem ruhigen Raum zu führen?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H73	Haben Sie Schwierigkeiten zu erkennen, was jemand sagt, wenn der Gesprächspartner wechselt?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H74	Haben Sie Schwierigkeiten beim Hören von Fernsehen, Radio oder Musik?						
	keine Schwierigkeiten	leichte Schwierigkeiten	mittlere Schwierigkeiten	große Schwierigkeiten	Sehr große Schwierigkeiten	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Abschnitt 3

H75	Wie beurteilen Sie die Unterstützung von Menschen in Ihrer Gesellschaft ein (wie emotionale und soziale Unterstützung, Ermutigung etc.)?						
	überhaupt keine Unterstützung	leichte Unterstützung	mäßige Unterstützung	erhebliche Unterstützung	sehr große Unterstützung	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H76	Wie beurteilen Sie die Unterstützung durch Ihre engsten Familienangehörigen und Freunde (wie emotionale und soziale Unterstützung, Ermutigung etc.)?						
	überhaupt keine Unterstützung	leichte Unterstützung	mäßige Unterstützung	erhebliche Unterstützung	sehr große Unterstützung	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H77	Wie beurteilen Sie die generelle Unterstützung, die Sie von Ihren nahen Familienmitgliedern und Freunde bei Ihren täglichen Aufgaben erhalten, insbesondere beim Zuhören und bei Gesprächen?						
	überhaupt keine Unterstützung	leichte Unterstützung	mäßige Unterstützung	erhebliche Unterstützung	sehr große Unterstützung	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H78	Wie beurteilen Sie die Unterstützung durch die wichtigsten angebotenen Gesundheitsdienste und -systeme in Bezug auf Ihre Hörsysteme und ärztlichen Leistungen (z.B. Ohrenarzt)?						
	überhaupt keine Unterstützung	leichte Unterstützung	mäßige Unterstützung	erhebliche Unterstützung	sehr große Unterstützung	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H79	Wie beurteilen Sie die generelle Unterstützung, die Sie von Ihrem wichtigsten medizinischen Fachpersonal erhalten haben?						
	überhaupt keine Unterstützung	leichte Unterstützung	mäßige Unterstützung	erhebliche Unterstützung	sehr große Unterstützung	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H80	Wie beurteilen Sie den Nutzen durch die von Ihnen täglich genutzten Kommunikationsdienste und -systeme wie Telefon, Mobiltelefon, Lautsprecher, Bluetooth-Verbindung und so weiter?						
	überhaupt kein Nutzen	leichter Nutzen	mäßiger Nutzen	erheblicher Nutzen	sehr großer Nutzen	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Denken Sie bei der Beantwortung die Fragen 81 - 86 an Barriere zusätzliche Schwierigkeiten und Einschränkungen. Beantworten Sie diese Fragen unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen, die Ihre tägliche Aktivitäten/Aufgaben beeinträchtigen können (z. B. beim Hörverstehen).

H81	Inwieweit kann die Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes/Aufgaben als Hindernis/Barriere betrachtet werden?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H82	Inwieweit kann Dunkelheit oder das Fehlen von Licht als Hindernis/Barriere betrachtet werden (z.B. Lippen absehen)?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H83	Inwieweit kann eine geringe Lautstärke bei Gesprächen als Hindernis/Barriere betrachtet werden?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H84	Inwieweit können Hintergrundgeräusche als Hindernis/Barriere betrachtet werden?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H85	Inwieweit kann eine hallige Umgebung (z.B. Bahnhofshalle) als Hindernis/Barriere betrachtet werden?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H86	Inwieweit können undeutliche Geräusche als Hindernis/Barriere betrachtet werden?						
	überhaupt keine Einschränkung/ Barriere	leichte Einschränkung/ Barriere	mäßige Einschränkung/ Barriere	erhebliche Einschränkung/ Barriere	sehr große Einschränkung/ Barriere	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie die Fragen H87 bis H90 nur, wenn Sie Hörsysteme haben!

H87	Wie beurteilen Sie den allgemeinen Nutzen Ihres Hörgeräts im normalen Tagesablauf?						
	überhaupt kein Nutzen	leichter Nutzen	mäßiger Nutzen	erheblicher Nutzen	sehr großer Nutzen	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H88	Wie beurteilen Sie den allgemeinen Nutzen Ihres Hörgeräts bei Gesprächen?						
	überhaupt kein Nutzen	leichter Nutzen	mäßiger Nutzen	erheblicher Nutzen	sehr großer Nutzen	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H89	Wie beurteilen Sie den allgemeinen Nutzen Ihres Hörgeräts beim Telefonieren (auch Mobiltelefon)?						
	überhaupt kein Nutzen	leichter Nutzen	mäßiger Nutzen	erheblicher Nutzen	sehr großer Nutzen	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

H90	Wie beurteilen Sie den allgemeinen Nutzen Ihres Hörgerätes beim Fernsehen?						
	überhaupt kein Nutzen	leichter Nutzen	mäßiger Nutzen	erheblicher Nutzen	sehr großer Nutzen	Weiß ich nicht	Nicht zutreffend
	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragen Nummer (H....)	Freie Kommentare