



Extend Your Life - Fragebogen

Bitte Beantworten Sie gerne die folgenden 28 Fragen.

1. Fühlen Sie sich körperlich im Vergleich zu Gleichaltrigen
 - leistungsfähiger und gesünder
 - durchschnittlich leistungsfähig und gesund
 - Nicht so leistungsfähig und gesund

2. Wie ist Ihre Schlafqualität? (mehrere Antworten sind möglich)
 - Ich kann nicht gut einschlafen
 - Ich könnte immer schlafen
 - Ich bin morgens frisch, ausgeschlafen und voller Ideen
 - Ich komme schlecht aus dem Bett
 - Ich bin bereits am Morgen müde
 - Ich kann schlecht durchschlafen
 - Ich neige zu Gedankenkarussellen
 - Ich gehe mehr als zweimal zur Toilette, schlafe dann aber wieder rasch ein
 - Ich gehe mehr als zweimal zur Toilette und kann dann schlecht einschlafen
 - Ich weiß von meiner Partnerin/ meinem Partner, dass ich schnarche
 - Ich weiß von meiner Partnerin / meinem Partner, dass ich Atempausen im Schlaf habe
 - Ich bin oft tagesmüde
 - Ich halte abends nicht mehr solange durch und gehe früher zu Bett als vor fünf Jahren

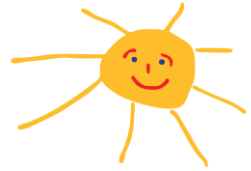
3. Sind Sie
 - Übergewichtig (Gewicht ist größer als die Größe in cm minus 100) + 10% und mehr
z.B. **179cm**-100 entspricht 79kg+ 10% also **über 87kg**
 - Normgewichtig (Größe in cm minus 100 +/- 10%)
 - Untergewichtig (Größe in cm minus 100 -10% und weniger)

4. Meine körperliche Leistungsfähigkeit hat in den letzten fünf Jahren stark nachgelassen

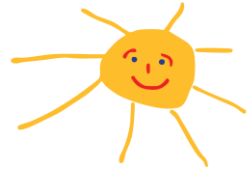
5. Meine Konzentrationsfähigkeit hat in den letzten fünf Jahren deutlich nachgelassen



6. Ich bin glücklich in meiner Partnerschaft
 Meine Partnerschaft ist nicht mehr so zufriedenstellend wie früher
7. Meine Partnerin / mein Partner ist glücklich in unserer Partnerschaft
 Unsere Partnerschaft wird nicht mehr so zufriedenstellend eingeschätzt
8. Ich lache selten mit meiner Partnerin / meinem Partner
 Ich lache mehrmals in der Woche mit meiner Partnerin / meinem Partner
 Ich lache täglich mit meiner Partnerin / meinem Partner
9. Meine sexuelle Aktivität ist im Verhältnis zu den letzten 10 Jahren eingeschränkter
 Meine sexuelle Aktivität ist in den letzten 10 Jahren gleichgeblieben
 Ich habe keine sexuelle Aktivität
 1-4 x / Monat
 4-8 x / Monat (1-2 x / Woche)
10. Das ist mir eher zu viel
 Das ist mir zu wenig
 Das ist meiner Partnerin/meinem Partner zu wenig
 Das ist meiner Partnerin / Partner zu viel
11. Ich habe Erektionsprobleme
 Ich habe keine Erektionsprobleme
12. Meine Libido hat in der Partnerschaft nachgelassen
 Meine Libido ist in der Partnerschaft gleich geblieben
13. Ich gehe mehr als zweimal nachts zur Toilette
 Ich gehe mehr als dreimal zur Toilette
14. Ich gehe tagsüber häufiger als früher zur Toilette
 Ich kann keine Veränderung feststellen
15. Ich fühle mich mehrmals in der Woche glücklich
 Ich fühle mich selten von Herzen glücklich



16. Haben Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen? Nehmen Sie Medikamente?
- Bluthochdruck Bluthochdruck mit Medikamenteneinnahme
 - Diabetes Mellitus Diabetes mit Tabletteneinnahme Insulineinnahme
 - Ich nehme Gerinnungshemmer (ASS) Ich nehme weitere Gerinnungshemmer
 - Gicht Ich nehme Tabletten gegen Harnsäure / Gicht
 - Hohes Cholesterin Ich nehme verschreibungspflichtige Medikamente dagegen ein
 - Ich nehme regelmäßig Schmerztabletten ein
 - Ich nehme regelmäßig Magenmedikamente ein
 - Ich nehme weitere Medikamente ein
17. Ist Ihr Gürtelumfang in den letzten drei Jahren größer geworden?
- Ja, mehr als ein Loch Ja, ca. ein Loch Nein
18. Ich leide öfter unter
- Kopfschmerz
 - Schwindel
 - Völlegefühl
 - Blähungen
 - Bauchkrämpfe
 - Heißhunger / ungebremsten Appetit
19. Ich habe oft schwere Beine
- Ich habe oft Beinoedeme
 - Ich habe oft Krämpfe in den Beinen
20. Ich bin kurzatmig
- nach einem Treppenabsatz (1/2 Etage)
 - nach 2 Treppenabsätzen (1 Etage)
 - nach 2 Etagen
 - nach 3 Etagen
 - nach 4 Etagen und mehr
 - viel mehr
 - Ich vermeide es möglichst, Treppen zu steigen
21. Ich bin körperlich leistungsfähiger als Andere in meinem Alter
- Ich bin so leistungsfähig wie Andere in meinem Alter
 - Ich bin eher nicht so leistungsfähig wie Gleichaltrige



22. Meine Partnerin / mein Partner ist körperlich fitter als ich
 Ich bin körperlich fitter als meine Partnerin / mein Partner

23. Können Sie im Stehen Ihre Füße problemlos abtrocknen?
 Ja
 Nicht so leicht
 Nein

- Können Sie im Sitzen Ihre Füße gut abtrocknen?
 Ja
 nicht gut

24. Fällt es Ihnen schwer, Ihre Schuhe im Stehen zuzubinden?
 Ja
 Nein

25. Machen Sie Freizeitsport) Welchen?
 Ja _____
 Nein, kaum

26. Interessieren Sie sich für Dinge im Umfeld
 mehr als vor drei Jahren
 da hat sich nichts geändert
 Ich kann in den letzten drei Jahren einen gewissen Interesseverlust bei mir feststellen

27. Es fällt mir schwerer in ein flaches Auto zu steigen und auszusteigen
 Ich habe da kein Problem

28. Ich habe oft Sorgen, wenn ich an meine gesundheitliche Zukunft denke
 Ich habe insgesamt oft Sorgen
 Ich kenne diese Sorgen nicht
 Ich habe manchmal Zukunftsängste

Wie alt sind Sie nach Ihrem Geburtstag? ___ Jahre

Wie schätzen Sie selbst nach der Beantwortung der Fragen Ihr biologisches Alter ein? ___ Jahre