

Fragebogen über äußere Ähnlichkeiten von Zwillingen

Name:

Vorname:

Haben Sie schon einmal an einer Zwillinguntersuchung mitgewirkt? Ja ₁ Nein ₀

Falls ja, können Sie nähere Angaben zu Zeitpunkt, durchführender Institution und Thema der Untersuchung machen?

Falls für Presse- und Filmaufnahmen Zwillinge gesucht werden, hätten Sie dann Interesse an einer evtl. Mitwirkung?

Ja ₁ Nein ₀

Wer wurde als erster geboren? Selbst ₁ Zwilling ₀

Bis zu welchem Lebensjahr haben Sie gemeinsam (mit Ihren Eltern oder Betreuern) gewohnt? _____

Eigene Augenfarbe: blau ₁ grau ₂ hellbraun ₃ dunkelbraun ₄ grün ₅ andere ₆

Die Augenfarbe des Zwilling: blau ₁ grau ₂ hellbraun ₃ dunkelbraun ₄ grün ₅ andere ₆

Verwechseln der Zwillinge

Wurden Sie in Ihrer Kindheit von anderen Leuten miteinander verwechselt? Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉

Wenn ja, dann:

Welche von den nachstehend genannten Personen verwechselten Sie? Bitte ziehen Sie alle

Personengruppen in Betracht und kreuzen Sie die jeweils gewählte Antwort an:

- a) Eltern Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
b) Geschwister Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
c) Lehrer Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
d) Freunde..... Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
e) Kollegen(innen)..... Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
f) Personen, mit denen ich selten Kontakt habe..... Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀
g) Personen, denen ich zum ersten Mal begegnete Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀

Ereigneten sich solche Verwechslungen, wenn Sie beide zusammen waren?

Ja, oft ₂ manchmal ₁ selten oder niemals ₀

Haben Ihre Eltern oder Betreuer sich besondere Mühe geben müssen, um Sie voneinander unterscheiden zu können (z.B. verschieden gefärbte Schleifen, unterschiedliche Kleidung usw.)?

Ja ₁ Nein ₀ Ich erinnere mich nicht ₉

Könnten Sie behaupten, daß Sie im Aussehen einander ähnlich sind „wie ein Ei dem anderen“, oder ist Ihre Ähnlichkeit so wie unter gewöhnlichen Geschwistern in demselben Alter?

₂ Wir gleichen uns „wie ein Ei dem anderen“

₁ Wir sind uns ähnlich, wie gewöhnliche Schwestern oder Brüder

₀ Wir sind uns gar nicht ähnlich

Gelingt es anderen bei der Betrachtung eines gemeinsamen Lichtbildes von Ihnen leicht, Sie einwandfrei von einander zu unterscheiden?

₂ Ja, ohne weiteres

₁ Ja, aber mit Schwierigkeiten

₀ Nein, wir werden auf Lichtbildern oft verwechselt

Anamnesebogen

Datum: _____

1. Angaben zur Person:

1.1. Name:

1.2. Vorname:

1.3. Geburtsname: _____

1.4. Adresse: _____

Telefon _____ Email: _____

2. Familienstand

2.1. Verheiratet, mit Ehepartner(in) zusammen lebend ₁ 2.4. Geschieden..... ₄

2.2. Verheiratet, von Ehepartner(in) getrennt lebend ₂ 2.5. Verwitwet ₅

2.3. Lebe mit einem Partner zusammen..... ₃ 2.6. Ledig..... ₆

3. Ausbildung und Tätigkeit

3.1. Welchen höchsten Schul- bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

Abschluss 9.Klasse oder weniger ... ₁ Fachschule ₄

Abschluss 10. Klasse ₂ Uni-/(Fach-)Hochschulstudium ₅

Abitur ₃

3.2. Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?

In Schulausbildung ₁ Arbeitslos gemeldet ₆

In Hochschulausbildung ₂ Freiwilliges soziales/ökologisches Jahr ₇

Hausfrau/Hausmann ₃ Umschulung/ABM..... ₈

Altershalber in Rente/pensioniert ... ₄ Erwerbstätig (voll und teil) ₉

Vorzeitig in Rente/pensioniert..... ₅ Nichts davon trifft zu ₀

3.4. Beruf _____

4. Körpermaße

4.1. Wie groß sind Sie? (in cm) _____

4.2. Wie viel wiegen Sie? (auf ganze kg runden)* _____

4.3. Taillen-/Bundweite (ohne zu schnüren um die Taille, in cm) _____

4.4. Hüft-/Gesäßumfang (an der stärksten Stelle des Gesäßes, in cm) _____

(*Für Frauen: falls Sie z. Zt. schwanger sind, schätzen Sie bitte die Maße vor der Schwangerschaft)

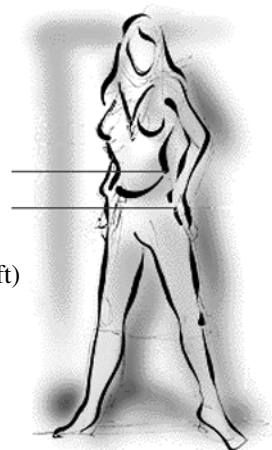
4.5. Hat sich Ihr Körpergewicht, insgesamt gesehen, in den letzten 3 Jahren verändert?

(Falls Sie ab- und zugenommen haben, wählen Sie bitte das aus, was am ehesten auf Sie zutrifft.)

Nein, in etwa gleich geblieben ₀ Ich weiß nicht

Ja, eher zugenommen Um wie viel kg? _____

Ja, eher abgenommen Um wie viel kg? _____



5. Wie häufig verrichten Sie anstrengende körperliche Tätigkeiten (z.B. Schwimmen, Laufen, Aerobic, Fahrrad fahren usw.)?

selten/nie..... ₀ 2-3mal pro Woche ... ₃

weniger als einmal pro Woche ₁ 4-6mal pro Woche ... ₄

einmal pro Woche ₂ täglich ₅

Wie viel Stunden im Durchschnitt pro Woche? _____

6. **Haben Sie jemals regelmäßig Zigaretten (mind. 1 Zigarette pro Tag) geraucht?** Ja ₁ Nein ₀
- 6.1. Wenn Ja, wie alt waren Sie, als Sie begannen regelmäßig zu rauchen? Alter _____ Jahre
- 6.2. Wie viel Jahre rauchen Sie bzw. haben Sie insgesamt geraucht? Jahre: ____ Rauch(t)e weniger als 1 Jahr ₀
- 6.3. Wie viel Zigaretten rauch(t)en Sie im Durchschnitt pro Tag? Anzahl _____
- 6.4. Rauchen Sie jetzt noch? Ja ₁ Nein ₀
 Wie alt waren Sie, als Sie aufgehört haben zu rauchen? Alter _____
- 6.5. Zigarren-/Pfeifenraucher Ja ₁ Nein ₀

7. **Wie oft trinken Sie im Durchschnitt alkoholische Getränke?**

nie <input type="checkbox"/> ₀	weniger als einmal <input type="checkbox"/> ₁ pro Woche	mehrmals <input type="checkbox"/> ₂ pro Woche	täglich <input type="checkbox"/> ₃
---	---	---	---

Wie viele Gläser trinken Sie im Durchschnitt pro Woche? Anzahl Gläser _____
 Ist das meistens Wein ₁ Bier ₂ hochprozentige Spirituosen ₃

8. **Allergien / Hauterkrankungen**

- 8.1. Waren Sie schon einmal beim Hautarzt? ja ₁ nein ₀
- 8.2. Haben Sie manchmal eine laufende oder verstopfte, juckende Nase, ohne erkältet zu sein? Ja ₁ Nein ₀
 wenn ja, haben Sie dabei auch tränende, juckende Augen? Ja ₁ Nein ₀
- 8.3. Hatten Sie mehrfach wiederkehrende juckende, schuppige Hautveränderungen, die stärker oder schwächer über mindestens 6 Monate auftraten? Ja ₁ Nein ₀
 Wenn ja, trat der Ausschlag in Ellenbeuge oder Kniekehle auf (Beugeneckzem)? Ja ₁ Nein ₀
- 8.4. Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose atopisches Ekzem, Neurodermitis oder endogenes Ekzem gestellt?
 Ja ₁ Nein ₀
 Wenn ja, wie häufig waren Sie deshalb beim Arzt?..... nie ₀ gelegentlich ₁ ständig ₂

9. **Wurde bei Ihnen jemals ein hoher Blutdruck festgestellt?** ja ₁ Nein ₀ ich weiß nicht ₉
 wenn ja, wann _____ (Lebensjahr)
 höchste Blutdruckwerte: ____/____ mmHg oder Blutdruck nicht bekannt ₉
 wurde/wird der Bluthochdruck behandelt Ja ₁ Nein ₀
 wenn ja, von _____ bis _____ (Lebensjahr)
 mit Medikamenten Ja ₁ Nein ₀
 wenn ja, welche _____
 mit nichtmedikamentösen Maßnahmen Ja ₁ Nein ₀
 wenn ja, welche _____

10. **Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit):**

- Wurde bereits eine Zuckerkrankheit festgestellt?Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
 wenn ja, wann _____ (Lebensjahr)
 wurde/wird der Diabetes behandelt Ja ₁ Nein ₀
 wenn ja, mit Diät Ja ₁ Nein ₀
 mit Insulin Ja ₁ Nein ₀
 mit anderen Medikamenten Ja ₁ Nein ₀
 Angabe der Medikamente _____
 Behandlung von _____ bis _____ (Lebensjahr)

11. Wurde bei Ihnen jemals ein erhöhter Cholesterinspiegel festgestellt?

Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉ wenn ja, wann _____ (Lebensjahr)
wurde/wird der hohe Cholesterinspiegel behandelt?..... Ja ₁ Nein ₀
wenn ja, mit Diät Ja ₁ Nein ₀
mit Medikamenten Ja ₁ Nein ₀
Angabe der Medikamente _____
Behandlung von _____ bis _____ (Lebensjahr)

12. Weitere Erkrankungen

12.1. Haben Sie einen Schlaganfall erlitten? Ja ₁ Nein ₀ wenn ja, wann _____ (Lebensjahr)
12.2. Haben Sie einen Herzinfarkt erlitten? Ja ₁ Nein ₀ wenn ja, wann _____ (Lebensjahr)
12.3. Haben Sie Missempfindungen wie Kribbeln, „Ameisenlaufen“ oder Schmerzen an den Beinen, verbunden mit einem Bewegungsdrang?Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
12.4. Treten diese Symptome nur in Ruhe bzw. beim Einschlafen auf und lassen sie sich durch Bewegung bessern? Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
12.5. Sind diese Symptome abends oder nachts schlimmer als morgens?Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
12.6. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während des letzten Jahres beurteilen?
sehr schlecht ₁ ziemlich schlecht ₂ ziemlich gut ₃ sehr gut ₄
12.7. Haben Sie Schwierigkeiten beim Einschlafen?Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
12.8. Haben Sie Schwierigkeiten beim Durchschlafen?Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉
12.9. Weitere bisher nicht erwähnte chronische Erkrankungen:Ja ₁ nein ₀ ich weiß nicht ₉

13. Welche weiteren Medikamente (außer der „Pille“ – siehe unten – und den bereits unter 9. – 11. angegebenen) nehmen Sie zur Zeit ein?

14. Die folgenden Fragen betreffen nur Frauen:

14.1. Hormonelle Schwangerschaftsverhütung (einschließlich anderer medizinischer Gründe).
Nehmen Sie zurzeit die „Pille“ Ja ₁ Nein ₀
Wenn ja, welches Präparat ? _____
14.2. Hormonersatz-Therapie in Zusammenhang mit den Wechseljahren.
Nehmen Sie zurzeit Hormonpräparate, d.h. Östrogene und/oder Gestagene im Zusammenhang mit den (bevorstehenden) Wechseljahren bzw. nach Entfernung beider Eierstöcke im Rahmen einer sogenannten Hormonersatz-Therapie? Ja ₁ Nein ₀
Wenn ja, welches Präparat ? _____

Weitere Bemerkungen:

Bitte zurücksenden an:

Dr. Busjahn
Zwillingsregister
HealthTwiSt GmbH

Lindenberger Weg 80

13125 Berlin