

Fragebogen zur Selbstbeschreibung (T1)

Um die Daten der heutigen Befragung mit denen früherer Erhebungen verknüpfen zu können, ohne dass jemand herausfinden kann, wer die Fragen beantwortet hat, bitten wir Sie wieder um die Nennung Ihres persönlichen Codes:

- Erster und letzter Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter _____
- Tag des Geburtsdatums Ihrer Mutter (zweistellig) _____
- Erster und zweiter Buchstabe des Geburtsortes Ihrer Mutter _____

PNUM: (wird durch das Studienteam vergeben)

Datum:

Bitte beantworten Sie jeden der folgenden Punkte durch Ankreuzen der zutreffenden Alternative bzw. durch Eintragen des zutreffenden Wertes

1. Biologisches Geschlecht weiblich ☐ männlich ☐ 3. Alter in Jahren 4. Größe in cm	2. Zivilstand ledig ☐ verheiratet ☐ getrennt lebend oder geschieden ☐ verwitwet ☐ 5. Gewicht in kg								
6. Partnerschaft unabhängig vom Zivilstand kein Partner oder Beziehung kürzer als 3 Monate / ohne Partner lebend ☐ verheiratet und zusammenlebend ☐ nicht verheiratet, aber zusammenlebend ☐ Partnerschaft ohne Zusammenleben (> 3 Monate) ☐	7. Dauer der Partnerschaft in Monaten (0 bei fehlender Partnerschaft) 8. Anzahl leiblicher Kinder								
9. Sind Sie selbst aktuell wegen einer psychischen Erkrankung in Behandlung? <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: right;">nein ☐</td> <td style="text-align: right;">Angststörung ☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Depression ☐</td> <td style="text-align: right;">Abhängigkeit ☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Bipolare Störung ☐</td> <td style="text-align: right;">Essstörung ☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Psychose ☐</td> <td style="text-align: right;">Persönlichkeitsstörung ☐</td> </tr> </table>		nein ☐	Angststörung ☐	Depression ☐	Abhängigkeit ☐	Bipolare Störung ☐	Essstörung ☐	Psychose ☐	Persönlichkeitsstörung ☐
nein ☐	Angststörung ☐								
Depression ☐	Abhängigkeit ☐								
Bipolare Störung ☐	Essstörung ☐								
Psychose ☐	Persönlichkeitsstörung ☐								
10. Macht Ihnen Ihr Studium aktuell Spaß? ja, fast immer ☐ meist ☐ selten ☐ nein, fast nie ☐	11. Sind Sie aktuell sicher, Ihr Studium erfolgreich abzuschließen? ja, fast immer ☐ meist ☐ selten ☐ nein, fast nie ☐								
12. Würden Sie sich aus heutiger Sicht wieder für das Medizin-Studium entscheiden? ich bin unglücklich über meine Entscheidung ☐ ich würde mich heute anders entscheiden ☐ die Perspektive des Arztberufes lässt mich die Hürden überwinden ☐ ich würde mich auf jeden Fall wieder so entscheiden ☐	13. Gibt es Dinge, die Sie es Ihnen aktuell schwer machen, mit Ihrer Studien-Entscheidung glücklich zu sein? (Mehrfachnennung möglich) unsichere Zukunftsperspektive ☐ Konkurrenz unter den Studierenden ☐ wenig Flexibilität in der Studiengestaltung ☐ Zeitnot ☐ einzelne Lehrveranstaltungen sind sehr belastend ☐ finanzielle Belastung durch das Studium ☐ Überforderung ☐ Einsamkeit ☐ Leistungsdruck ☐								

14. Wie wohnen Sie aktuell? allein / eigene Wohnung Wohnung mit Partnerin / Partner in einer WG Zimmer im Studentenwohnheim bei den Eltern	15. Wenn Sie für Ihr Studium umgezogen sind, wie nehmen Sie den Wohnortwechsel wahr? Positiv Neutral Negativ Mein Wohnort hat sich nicht verändert
16. Wie finanzieren Sie aktuell Ihr Studium? (Mehrfachnennung möglich) eigene berufliche Tätigkeit / Nebenjob finanzielle Unterstützung durch Familie BAföG Stipendium Sozialleistungen des Staates	17. Stehen Ihnen aktuell ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung? mehr als genügend ausreichend manchmal zu wenig oft zu wenig ich stehe meist unter großem finanziellen Druck
18. Haben Sie aktuell mehr oder weniger Kontakt zu Freunden als vor einem Jahr? mehr als vor einem Jahr unverändert viel unverändert wenig weniger als vor einem Jahr	19. Haben Sie aktuell mehr oder weniger Kontakt zu Ihrer Familie als vor einem Jahr? mehr als vor einem Jahr unverändert viel unverändert wenig weniger als vor einem Jahr
20. Erfahren Sie aktuell ausreichend emotionale Unterstützung? Ich bekomme mehr als genügend emotionale Unterstützung Ich bekomme ausreichend emotionale Unterstützung Ich bekomme manchmal zu wenig emotionale Unterstützung Ich bekomme oft zu wenig emotionale Unterstützung Ich bekomme keine emotionale Unterstützung	21. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie aktuell ca. mit studienassoziierten Tätigkeiten (Lernen, Referatsvorbereitung, Prüfungsvorbereitung) außerhalb des Universitätsalltags? 22. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie aktuell ca. mit Tätigkeiten im Rahmen eines Nebenjobs? (0 wenn Sie keinem Nebenjob nachgehen)
23. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie aktuell ca. mit Freunden, Familie oder Ihrer Partnerin / Ihrem Partner?	24. Wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie aktuell ca. mit Ihren Hobbies?
25. Wie viele Stunden pro Woche treiben Sie aktuell aktiv Sport?	26. Wie viele Stunden pro Woche musizieren Sie aktuell aktiv?
27. Wie bewerten Sie aktuell die Ihnen für das Studium zur Verfügung stehende Zeit? Ich habe stets mehr als genügend Zeit für die Anforderungen des Studiums Ich habe stets ausreichend Zeit für die Anforderungen des Studiums Ich habe manchmal zu wenig Zeit für die Anforderungen des Studiums Ich habe oftmals zu wenig Zeit für die Anforderungen des Studiums Ich stehe meist unter Zeitdruck, um den Anforderungen des Studiums zu genügen	28. Wie bewerten Sie die Ihnen aktuell für Freunde, Familie und Partnerschaft zur Verfügung stehende Zeit? Ich habe stets mehr als genügend Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft Ich habe stets ausreichend Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft Ich habe manchmal zu wenig Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft Ich habe oftmals zu wenig Zeit für Freunde, Familie und Partnerschaft Ich stehe meist unter Zeitdruck, um Freundschaften, familiäre Beziehungen und Partnerschaft zu pflegen

29. Wie bewerten Sie die Ihnen aktuell für Ihre Hobbies zur Verfügung stehende Zeit? Ich habe stets mehr als genügend Zeit für meine Hobbies Ich habe stets ausreichend Zeit für meine Hobbies Ich habe manchmal zu wenig Zeit für meine Hobbies Ich habe oftmals zu wenig Zeit für meine Hobbies Ich stehe meist unter Zeitdruck, um meinen Hobbies nachgehen zu können	30. Wie zufrieden sind Sie aktuell mit ... <table style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">sehr zufrieden</th> <th colspan="2">sehr unzufrieden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>... Ihrem Studium</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Partnerschaft</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>... Ihren familiären Beziehungen</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>... Ihren Freundschaften</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		sehr zufrieden		sehr unzufrieden		... Ihrem Studium					... Ihrer Partnerschaft					... Ihren familiären Beziehungen					... Ihren Freundschaften					... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen				
	sehr zufrieden		sehr unzufrieden																												
... Ihrem Studium																															
... Ihrer Partnerschaft																															
... Ihren familiären Beziehungen																															
... Ihren Freundschaften																															
... Ihrer Möglichkeit, Hobbies nachzugehen																															
31. Sind Sie aktuell mit Ihrer Ernährung zufrieden? ja nein	32. Sind Sie aktuell mit Ihrem Gewicht zufrieden? ja nein																														
33. Nehmen Sie aktuell regelmäßige Mahlzeiten zu sich? ja meistens manchmal nein	34. Achten Sie aktuell auf eine gesunde Ernährung? (Halten Sie z.B. eine bestimmte Diät ein?) ja meistens manchmal nein																														
35. Nutzen Sie aktuell spezifische Techniken zur Entspannung? (z.B. Yoga, PMR, Autogenes Training, Meditation o.ä.) ja nein	36. An wie vielen Tagen <u>pro Woche</u> trinken Sie aktuell mindestens ein Alkoholgetränk?																														
37. Wie oft trinken Sie aktuell mehr als 6 (Frauen) oder 8 (Männer) Drinks pro Gelegenheit? (1 Drink = 250 ml Bier oder 1 Glas Wein oder 2 cl Schnaps) nie selten monatlich wöchentlich (fast) täglich	38. Wie oft konnten Sie sich im vergangenen Jahr nach Alkoholkonsum nicht mehr (vollständig) an einen Abend erinnern („Filmriss“)? nie selten monatlich wöchentlich (fast) täglich																														
39. Wie oft konnten Sie im vergangenen Jahr am Morgen nach Alkoholkonsum nicht das tun, was Sie normalerweise getan hätten? nie selten monatlich wöchentlich (fast) täglich	40. Wie oft hat Sie im vergangenen Jahr jemand auf Ihren Alkoholkonsum angesprochen z. B. mit der Empfehlung den Konsum zu reduzieren? nie einmal mehrmals																														
	41. Wie viele Zigaretten rauchen Sie aktuell durchschnittlich pro Tag?																														

42. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Verbesserung von Konzentration und Leistung? (Mehrfachnennung möglich) Koffeinhaltige Getränke <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Medikamente <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> aktivierende Drogen <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> keine <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	43. Nutzen Sie Substanzen oder Medikamente zur Beruhigung oder um schlafen zu können? (Mehrfachnennung möglich) Nahrungsmittel (z.B. Schokolade) <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Medikamente <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> sedierende Drogen <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> keine <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
44. Welche der folgenden Medikamente haben Sie in den letzten 12 Monaten genommen? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft! <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Schmerzmedikamente <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Appetitzügler <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schlafmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> <td>Antidepressiva <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> <td>Neuroleptika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anregungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> <td>Anabolika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Schmerzmedikamente <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Appetitzügler <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Schlafmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Antidepressiva <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Beruhigungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Neuroleptika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Anregungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Anabolika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																								
Schmerzmedikamente <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Appetitzügler <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
Schlafmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Antidepressiva <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
Beruhigungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Neuroleptika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
Anregungsmittel <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	Anabolika <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
45. Wie häufig haben Sie die folgenden Medikamente in den letzten 30 Tagen eingenommen? Bitte kreuzen Sie alles an, was auf Sie zutrifft! <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;"></th> <th colspan="4" style="text-align: center;">Wie häufig in den letzten 30 Tagen eingenommen?</th> <th style="width: 5%;"></th> <th colspan="2" style="text-align: center;">War die Einnahme vom Arzt verordnet?</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nicht einge- nommen</th> <th style="text-align: center;">seltener als einmal pro Woche</th> <th style="text-align: center;">mehrmals pro Woche</th> <th style="text-align: center;">täglich</th> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schmerzmedikamente</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Schlafmittel</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Anregungsmittel</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Appetitzügler</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Antidepressiva</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Neuroleptika</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Anabolika</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>⇒</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table>			Wie häufig in den letzten 30 Tagen eingenommen?					War die Einnahme vom Arzt verordnet?			nicht einge- nommen	seltener als einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich		ja	nein	Schmerzmedikamente	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Anregungsmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Appetitzügler	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Antidepressiva	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Neuroleptika	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐	Anabolika	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐
	Wie häufig in den letzten 30 Tagen eingenommen?					War die Einnahme vom Arzt verordnet?																																																																											
	nicht einge- nommen	seltener als einmal pro Woche	mehrmals pro Woche	täglich		ja	nein																																																																										
Schmerzmedikamente	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Schlafmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Beruhigungsmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Anregungsmittel	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Appetitzügler	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Antidepressiva	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Neuroleptika	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
Anabolika	☐	☐	☐	☐	⇒	☐	☐																																																																										
46. Welche der folgenden Symptome haben Sie während und aufgrund Ihres Studiums erlebt? (Mehrfachnennung möglich) Prokrastination (Aufschieben von Aufgaben) <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Erschöpfung <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Überforderung <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Ängste <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Psychosomatische Beschwerden (z.B. Magen-Darm-Probleme, Verspannung, Neurodermitis) <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Lern- und Leistungsstörungen <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Identitäts- und Selbstwertprobleme <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> Gereiztheit <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> depressive Verstimmung <input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	47. Haben Sie mit jemandem über diese Symptome gesprochen? (Mehrfachnennung möglich) nein, ich habe mich niemandem anvertraut <input style="width: 40px;" type="checkbox"/> ja, ich habe mich jemandem anvertraut, und zwar... <table style="width: 100%;"> <tr> <td>...meiner Familie</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...meinen Freunden</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...meiner Partnerin / meinem Partner</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...meinen Kommilitonen</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...meinen Dozenten</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...der Studienberatung</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>... einer Ärztin / einem Arzt</td> <td><input style="width: 40px;" type="checkbox"/></td> </tr> </table>	...meiner Familie	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...meinen Freunden	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...meiner Partnerin / meinem Partner	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...meinen Kommilitonen	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...meinen Dozenten	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...der Studienberatung	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>	... einer Ärztin / einem Arzt	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																
...meiner Familie	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...meinen Freunden	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...meiner Partnerin / meinem Partner	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...meinen Kommilitonen	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...meinen Dozenten	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...der Studienberatung	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
...einer/m Psychotherapeutin / -therapeuten	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																
... einer Ärztin / einem Arzt	<input style="width: 40px;" type="checkbox"/>																																																																																