

VII. Anhang

7.1 Statistisches Zahlenmaterial

Zu 2.7: In der Beantwortung der Frage nach der subjektiven Lebensqualität wurden die Patienten aufgefordert durch Ankreuzen auf einer Skala von 0(sehr schlecht) bis 100(sehr gut) ihr derzeitiges befinden einzuschätzen(siehe Fragebogen unter 7.7).

Zu 3.2.12: Ergebnisse des Signifikanzniveau in p-Werten im COPD-Stadienvergleich der Hausarztpatienten von BSR, C-reaktives Protein, das Verhältnis von FEV₁/VC und FEV₁

	BSR		CRP	FEV ₁ /VC	FEV ₁
	1-Stunden-Wert	2-Stunden-Wert			
leicht /mittel	p=0,714	p=0,854	p=0,010	p=0,223	p=0,000
leicht /schwer	p=0,448	p=0,208	p=0,589	p=0,009	p=0,001
leicht /sehr schwer	p=0,889	p=1,000	p=0,570	p=0,513	p=0,023
mittel /schwer	p=0,579	p=0,389	p=0,310	p=0,022	p=0,008
mittel /sehr schwer	p=0,897	p=0,966	p=0,355	p=0,709	p=0,020
schwer /sehr schwer	p=0,571	p=0,857	p=0,857	p=0,857	p=0,857

Zu 3.2.13: Ergebnisse des Signifikanzniveaus in p-Werten im COPD-Stadienvergleich der Pulmologiepatienten von BSR, C-reaktives Protein, das Verhältnis von FEV₁/VC und FEV₁

	BSR		CRP	FEV ₁ /VC	FEV ₁
	1-Stunden-Wert	2-Stunden-Wert			
leicht /mittel	p=0,304	p=0,418	p=0,061	p=0,510	p=0,000
leicht /schwer	p=0,079	p=0,311	p=0,084	p=0,000	p=0,000
leicht /sehr schwer	p=0,281	p=0,483	p=0,008	p=0,000	p=0,000
mittel /schwer	p=0,712	p=0,982	p=0,573	p=0,027	p=0,000
mittel /sehr schwer	p=0,772	p=0,530	p=0,142	p=0,001	p=0,000
schwer /sehr schwer	p=0,403	p=0,810	p=0,073	p=0,009	p=0,000

Zu 3.2.14: Ergebnisse des Signifikanzniveau in p-Werten im COPD-Stadien-Vergleich innerhalb beider Versorgungssysteme von BSR, C-reaktives Protein und das Verhältnis von FEV₁/VC

	BSR		CRP	FEV ₁ /VC
	1-Stunden-Wert	2-Stunden-Wert		
leicht	p=0,828	p=0,469	p=0,590	p=0,002
mittel	p=0,524	p=0,938	p=0,738	p=0,002
schwer	p=0,063	p=0,115	p=0,358	p=0,979
sehr schwer	p=0,909	p=0,090	p=0,145	p=0,218

Zu 3.3.1: Ergebnisse aller SF-36-Kategorien und die Summenskalen der Hausarztgruppe im Vergleich mit der Pulmologengruppe

n=136	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU	PHS	MHS
MW	64,83 52,66	48,30 47,40	66,50 61,45	52,46 44,19	55,25 46,29	68,64 78,78	64,27 73,11	83,47 82,46	39,81 35,38	51,19 52,63
SA	±27,11 ±25,64	±45,45 ±44,71	±28,00 ±31,56	±21,02 ±18,71	±24,17 ±22,08	±41,53 ±38,58	±20,05 ±19,79	±22,67 ±21,29	±11,49 ±10,95	±9,85 ±9,98
MD	75,00 50,00	50,00 50,00	64,00 52,00	48,50 45,00	55,00 50,00	100,00 100,00	78,00 76,00	100,00 87,50	42,04 35,26	53,60 55,21

MW – Mittelwert
SA – Standardabweichung
MD - Median

Zu 3.3.2: Ergebnisse aller SF-36-Kategorien und der Summenskalen innerhalb der COPD-Stadien der Hausarztpatienten

	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU	PHS	MHS
MW:										
leicht	71,80	54,00	70,56	59,29	53,54	75,33	73,00	82,00	42,66	50,18
mittel	59,81	47,22	60,70	47,25	56,66	67,90	74,07	84,72	37,62	52,19
schwer	52,00	25,00	77,00	44,40	58,00	26,66	80,00	80,00	37,41	48,90
SA:										
leicht	±26,76	±47,14	±32,37	±22,22	±25,72	±36,99	±24,40	±23,68	±13,55	±11,69
mittel	±26,76	±44,03	±24,17	±19,81	±24,17	±42,84	±16,58	±23,08	±10,13	±8,38
schwer	±29,49	±43,30	±28,24	±14,20	±23,61	±43,46	±14,69	±22,70	±6,99	±9,88
MD:										
leicht	80,00	50,00	74,00	58,50	55,00	100,00	80,00	100,00	45,80	53,42
mittel	60,00	50,00	61,00	45,00	60,00	100,00	76,00	100,00	39,08	53,95
schwer	50,00	0,00	80,00	45,00	70,00	0,00	80,00	87,50	36,95	47,65

MW – Mittelwert
SA – Standardabweichung
MD - Median

Zu 3.3.3: Ergebnisse aller SF-36-Kategorien und die Summenskalen im COPD-Stadienvergleich der Pulmologiepatienten

	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU	PHS	MHS
MW:										
leicht	71,30	69,56	60,73	55,52	55,00	94,20	75,13	84,78	41,41	53,72
mittel	55,26	44,73	65,63	44,82	48,94	71,92	70,10	87,50	37,02	51,48
schwer	43,26	38,46	55,00	36,61	41,53	78,20	73,92	78,36	30,79	53,34
sehr	26,66	22,22	73,11	35,77	32,22	55,55	72,00	77,77	29,79	50,24
schwer										
SA:										
leicht	±22,82	±41,25	±30,27	±15,85	±19,06	±19,20	±15,67	±19,92	±11,27	±6,72
mittel	±21,56	±45,32	±33,72	±21,51	±22,76	±43,40	±22,20	±15,02	±9,89	±9,96
schwer	±21,06	±44,28	±32,47	±14,94	±22,70	±38,80	±20,92	±22,51	±9,74	±10,78
sehr	±17,85	±34,10	±27,53	±16,09	±18,04	±52,70	±23,06	±31,11	±7,70	±14,90
schwer										
MD:										
leicht	75,00	100,00	51,00	60,00	60,00	100,00	76,00	87,50	41,81	55,29
mittel	55,00	50,00	61,00	45,00	55,00	100,00	76,00	87,50	36,86	52,55
schwer	40,00	12,50	46,50	38,50	40,00	100,00	72,00	87,50	30,86	55,62
sehr	25,00	0,00	62,00	35,00	35,00	100,00	72,00	100,00	29,30	55,40
schwer										

MW – Mittelwert
 SA – Standardabweichung
 MD - Median

Zu 3.3.4:

Ergebnisse der SF-36-Kategorien im COPD-Stadium „leicht“ der Hausarzt- vs. Pulmologiepatienten

n=136	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU
Mittel-	71,80	54,00	70,56	59,29	53,54	75,33	73,00	82,00
Wert	71,30	69,56	60,73	55,52	55,00	94,20	75,13	84,78
Standard-	±26,76	±47,14	±32,37	±22,22	±25,72	±36,99	±24,40	±23,68
abweichung	±22,82	±41,25	±30,27	±15,85	±19,06	±19,20	±15,67	±19,92
Median	80,00	50,00	74,00	58,50	55,00	100,00	80,00	100,00
	75,00	100,00	51,00	60,00	60,00	100,00	76,00	87,50

Ergebnisse der SF-36-Kategorien im COPD-Stadium „mittel“ der Hausarzt- vs. Pulmologiepatienten

n=136	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU
Mittelwert	59,81	47,22	60,70	47,25	56,66	67,90	74,07	84,72
	55,26	44,73	65,63	44,82	48,94	71,92	70,10	87,50
Standardabweichung	±26,76	±44,03	±24,17	±19,81	±24,17	±42,84	±16,58	±23,08
	±21,56	±45,32	±33,72	±21,51	±22,76	±43,40	±22,20	±15,02
Median	60,00	50,00	61,00	45,00	60,00	100,00	76,00	100,00
	55,00	50,00	61,00	45,00	55,00	100,00	76,00	87,50

Ergebnisse der SF-36-Kategorien im COPD-Stadium „schwer“ der Hausarzt- vs. Pulmologiepatienten

n=136	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU
Mittelwert	52,00	25,00	77,00	44,40	58,00	26,66	80,00	80,00
	43,26	38,46	55,00	36,61	41,53	78,20	73,92	78,36
Standardabweichung	±29,49	±43,30	±28,24	±14,20	±23,61	±43,46	±14,69	±22,70
	±21,06	±44,28	±32,47	±14,94	±22,70	±38,80	±20,92	±22,51
Median	50,00	0,00	80,00	45,00	70,00	0,00	80,00	87,50
	40,00	12,50	46,50	38,50	40,00	100,00	72,00	87,50

Zu 3.3.6.2: Ergebnisse aller SF-36-Kategorien aller Studienteilnehmer mit dem BGS (3. Position: schwarz)

	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	EMRO	PSYC	SOFU
Mittelwert	64,83	48,30	66,50	52,46	55,25	68,64	64,27	83,47
	52,66	47,40	61,45	44,19	46,29	78,78	73,11	82,46
	80,69	77,85	64,18	62,38	60,59	87,52	72,43	85,88
Standardabweichung	±27,11	±45,45	±28,00	±21,02	±24,17	±41,53	±20,05	±22,67
	±25,64	±44,71	±31,56	±18,71	±22,08	±38,58	±19,79	±21,29
	±22,62	±36,14	±26,50	±18,40	±18,38	±29,54	±17,33	±20,31
Median	75,00	50,00	64,00	48,50	55,00	100,00	78,00	100,00
	50,00	50,00	52,00	45,00	50,00	100,00	76,00	87,50
	90,00	100,00	62,00	62,00	60,00	100,00	76,00	100,00

7.2 Einverständnis zur Blutentnahme

Einverständniserklärung

Name, Vorname

geb. am

Ich bestätige, daß mich _____

in einer mir verständlichen Form über die Art der Erkrankung und die
Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt hat.

Mit der vorgesehenen Behandlung bzw. dem vorzunehmenden Eingriff

bei mir selbst/bei _____

bin ich einverstanden, nachdem ich auf die Möglichkeit eventueller Komplikationen und
Nebenerscheinungen hingewiesen wurde.

Ort und Datum Unterschrift

7.3 Zusatzfragebogen

Sehr geehrte Patient/innen!

Wir sind an der Forschung gesundheitsbezogener Lebensqualität interessiert und bitten Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden streng vertraulich und unter Wahrung des Datenschutzes verwaltet. Bitte geben Sie auf die Ihnen unterbreitete Fragen jeweils nur eine Antwort.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Geben Sie bitte Ihr Alter in Jahren an.	_____	Jahre		
Geben Sie bitte Größe u. Gewicht an.	_____	Größe	_____	Gewicht
Sind Sie zur Zeit berufstätig?		Ja		Nein
Sind Sie Rentner?		Ja		Nein
Sind Sie arbeitslos?		Ja		Nein
Rauchen Sie?		Ja		Nein
Haben Sie schon mal geraucht?		Ja		Nein
Wieviel Zigaretten rauchen Sie täglich?	1-5	5-10		>10
Wie lange rauchen Sie schon?	1-5 Jahre	5-10 Jahre		>10 Jahre
Schlafverhalten: Ein/Durchschlafstrg.	keine	in den letz. 4 Wo.schlecht		immer schlecht

Haben/hatten Sie berufliche Allergene?	Ja	Nein	
Welche?	Chemische	Federtiere/Geflügel	
Hatten/haben Sie Allergien?	Ja	Nein	
als Kind?	Ja	Nein	
als Erwachsener?	Ja	Nein	
Hatten/haben Sie allergische Hautreaktionen?	Ja	Nein	
als Kind?	Ja	Nein	
als Erwachsener?	Ja	Nein	
Hatten/haben Sie ein allergisches Asthma?	Ja	Nein	
als Kind?	Ja	Nein	
als Erwachsener?	Ja	Nein	
Wie viel Exazerbationen (akute Schübe) hatte sie im letzten Jahr?	1-2x	2-5x	>5x
Bekamen Sie jedes Mal Antibiotika?	Ja	Nein	
Lagen Sie im letzten Jahr wegen dieser Erkrankung im Krankenhaus?	Ja	Nein	
Bekamen Sie im letzten Jahr wegen dieser Erkrankung Kortison Präparate?	Ja	Nein	
Werden Sie gleichzeitig auch von einem Facharzt für Pulmologie betreut?	Ja	Nein	

7.4 Patientenbenachrichtigungen

Schreiben 1

Werte Patientin/Werter Patient,

für eine wissenschaftliche Studie „Zur Untersuchung der Erkrankung von Bronchien“, möchte ich Sie in meine Praxis bitten. Bringen Sie bitte Ihre aktuellen Medikamente/Sprays mit.

Dipl. med. Jutta Baum
Ernst-Thälmann-Str. 6-9
15306 Seelow
Tel. 03346/530

Terminvorschlag:

Mit freundlichen Grüßen

Schreiben 2

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr

Sie sind von einer chronischen Bronchialerkrankung betroffen, die ihre Lebensqualitäten einschränkt.

Die bei Ihnen vorliegende Erkrankung hat große volkswirtschaftliche Bedeutung und ist daher Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.

Meine Kollegin Jutta Baum hat die Aufgabe übernommen, die Behandlungssituation von Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung in unserer Region zu erfassen. Ihre Analyse soll zeigen, wo wir stehen und was verbessert werden kann.

Ich bitte Sie herzlich, dieses Anliegen zu unterstützen. Von Ihnen erhobene Daten werden streng vertraulich und unter Wahrung des Datenschutzes verwaltet.

Meine Kollegin Dipl. med. Jutta Baum hat ihre Praxis in der Seelower Thälmannstraße 6-9 (ehemaliger Dienstleistungshof) und ist telefonisch unter der Nummer 530 zu erreichen. Sie können einen für Sie passenden Termin mit der Anmeldung meiner Kollegin (Tel. 530) verabreden – ich gehe davon aus, dass die Befragung ca. 15 min. beansprucht.

Ich hoffe auf Ihre Bereitschaft uns Ärzten bei dieser Arbeit zu helfen und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Seelow, Mai 2003

7.5 Patientenaufklärungsinformation

Einverständnis-Erklärung

Ich bin einverstanden, dass meine medizinischen Daten für die wissenschaftliche Auswertung im Rahmen zur Untersuchung der Lebensqualität bei COPD Patienten verwendet werden. Selbstverständlich werden die Daten nur in anonymer Form gespeichert und ausgewertet. Alle Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Meine personenbezogenen Daten sind zu jeder Zeit der Auswertung von allen anderen Angaben getrennt und werden nach Abschluss der Untersuchung vernichtet.

Datum: _____

Name: _____

Unterschrift: _____

7.6 Fragebogen zu demographischen Daten

Sehr geehrte Patient/Innen

Wir sind an der Forschung gesundheitsbezogener Lebensqualität interessiert und bitten Sie, nachfolgende Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden streng vertraulich und unter Wahrung des Datenschutzes verwaltet.

Bitte geben Sie auf die Ihnen unterbreiteten Fragen jeweils nur eine Antwort.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Welchem Geschlecht gehören Sie an? weiblich männlich

Geben Sie bitte Ihr Alter in Jahren an. _____ Jahre

Welchen Personenstand haben Sie zur Zeit?

- ledig
- verheiratet
- verwitwet
- geschieden
- getrennt lebend

Welchen Schulabschluß haben Sie erreicht?

- keinen Abschluß
- Hauptschulabschluß
- Mittlere Reife
- Abitur

Welche Berufsqualifikation haben Sie?

- ungelernter Arbeiter
- Angestellter/Facharbeiter
- Akademiker/leitender Angestellter
- Selbständig

Sind Sie zur Zeit berufstätig?

- ja nein

Haben Sie Haustiere?

- ja, nämlich _____
 nein

Wie würden Sie auf einer Skala von 0 (= sehr schlecht) bis 100 (=sehr gut) Ihre Lebensqualität zur Zeit einschätzen? Bitte markieren Sie den Zahlenstrahl mit einem Kreuz.

0= sehr schlecht  100 = sehr gut

7.7 SF-36: Fragebogen zum allgemeinen Gesundheitszustand

Fragebogen zum Gesundheitszustand

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes in den letzten vier Wochen. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich vor der Behandlung fühlten.

(Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten das Kästchen ankreuzen, das am besten auf Sie zutrifft)

1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- | | |
|------------------|--------------------------|
| 1) ausgezeichnet | <input type="checkbox"/> |
| 2) sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| 3) gut | <input type="checkbox"/> |
| 4) weniger gut | <input type="checkbox"/> |
| 5) schlecht | <input type="checkbox"/> |

2. Im Vergleich zum vergangenen Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- | | |
|--------------------------------------------|--------------------------|
| 1) Derzeit viel besser als vor 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 2) Derzeit etwas besser als vor 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 3) Etwa so gut wie vor 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 4) Derzeit etwas schlechter als vor 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| 5) Derzeit viel schlechter als vor 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |

3. Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie in Ihrem jetzigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an

Tätigkeit	(1) ja, stark eingeschränkt	(2) ja, etwas eingeschränkt	(3) nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a) anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Einkaufstaschen heben oder tragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) einen Treppenabsatz steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) sich beugen, knien, bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) sich baden oder anziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hatten Sie in den vergangenen vier Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an

Schwierigkeiten	ja	nein
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich hatte Schwierigkeiten bei der Ausführung (z.B. ich mußte mich besonders anstrengen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf oder zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an

Schwierigkeiten	ja	nein
a) Ich konnte nicht so lange wie üblich tätig sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich habe weniger geschafft als ich wollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie sehr haben Ihre körperliche Gesundheit und Ihre seelischen Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre normalen Kontakte zu Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn oder zu Bekannten beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- 1) überhaupt nicht
- 2) Etwas
- 3) Mäßig
- 4) Ziemlich
- 5) Sehr

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- 1) keine Schmerzen
- 2) sehr leicht
- 3) leicht
- 4) mäßig
- 5) stark
- 6) sehr stark

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeit zu Hause und im Beruf behindert?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- 1) überhaupt nicht
- 2) ein bisschen
- 3) mäßig
- 4) ziemlich
- 5) sehr

10. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelische Probleme in den vergangenen vier Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?

Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an

- | | |
|-------------|--------------------------|
| 1) immer | <input type="checkbox"/> |
| 2) meistens | <input type="checkbox"/> |
| 3) manchmal | <input type="checkbox"/> |
| 4) selten | <input type="checkbox"/> |
| 5) nie | <input type="checkbox"/> |

11. Inwieweit trifft jede der folgenden Aussagen auf Sie zu?

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, welches Ihrem Befinden am ehesten entspricht

	trifft ganz zu (1)	trifft weitgehen d zu (2)	weiß nicht (3)	trifft weitgehen d nicht zu (4)	trifft überhaupt nicht zu (5)
a) Ich scheine etwas leichter als andere krank zu werden...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Ich bin genauso gesund wie alle anderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich erwarte, daß meine Gesundheit nachlässt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Ich erfreue mich ausgezeichneter Gesundheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mühe!