

## Fragebogen – Ernährung in der Schwangerschaft (und Stillzeit)

1) Datum: \_\_\_\_\_ 2) Kursort: \_\_\_\_\_

3) Sie kommen als  Schwangere  Partner  Interessierte/r: \_\_\_\_\_

Wenn Sie als Partner bzw. Interessierte/r am Workshop teilnehmen, füllen Sie bitte folgende Fragen in Hinblick auf die Schwangere aus:

4) Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre 5) Schwangerschaftswoche (SSW): \_\_\_\_\_

6) Ihre wievielte Schwangerschaft ist das? Meine \_\_\_\_\_. Schwangerschaft

7) Haben Sie vor zu stillen?  ja  nein

8) Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ m 9) Ihr jetziges Gewicht? \_\_\_\_\_ kg

10) Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ kg

11) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?  Österreich  Andere: \_\_\_\_\_

12) Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? (Nur eine Antwortmöglichkeit)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Abschluss                                   | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemein-bildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule ohne Lehre                        | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/ Universität  |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre  |  |
| <input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule (Fachschule, Handelsschule,...) |  |

13) Woher haben Sie von diesem Workshop erfahren? (Mehrfachantworten möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GKK Ambulatorium/ Gesundheitszentrum/ Mutter Kind Pass Stelle | <input type="checkbox"/> www.richtigessenvonanfangen.at |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologin/Gynäkologe  | <input type="checkbox"/> andere Internetseite: _____    |
| <input type="checkbox"/> Apotheke  | <input type="checkbox"/> Zeitschrift GKK                |
| <input type="checkbox"/> AllgemeinmedizinerIn (Hausarzt/ärztin)                        | <input type="checkbox"/> Aussendungen der GKK           |
| <input type="checkbox"/> Homepage GKK  | <input type="checkbox"/> Familie/FreundInnen            |
| <input type="checkbox"/> Facebook  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____               |

Wie zufrieden waren Sie...

	zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	nicht zufrieden
14) mit dem organisatorischen Ablauf (Anmeldemodalität, zeitlicher Ablauf,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) mit meinem/meiner TrainerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) mit den Inhalten des Workshops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) insgesamt mit dem Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) Wie sehr stimmen Sie der folgenden Behauptung zu: Der Workshop enthielt viele praxisnahe Tipps zur Umsetzung der Ernährungsempfehlungen im Alltag.

stimme völlig zu       stimme eher zu       stimme eher nicht zu       stimme nicht zu

19) Wie zuversichtlich sind Sie, die heute gehörten Inhalte und Empfehlungen umsetzen zu können?

sehr zuversichtlich       eher zuversichtlich       weniger zuversichtlich       gar nicht zuversichtlich

20) Haben Sie sonstige Änderungsvorschläge/Wünsche/Anmerkungen?

21) Ihr zuständiger Versicherungsträger

- |                                |                                |                               |                              |  |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> WGKK  | <input type="checkbox"/> SGKK  | <input type="checkbox"/> KGKK | <input type="checkbox"/> SVA | <input type="checkbox"/> VAEB                              |
| <input type="checkbox"/> NÖGKK | <input type="checkbox"/> OÖGKK | <input type="checkbox"/> TGKK | <input type="checkbox"/> SVB | <input type="checkbox"/> BKK                               |
| <input type="checkbox"/> BGKK  | <input type="checkbox"/> STGKK | <input type="checkbox"/> VGKK | <input type="checkbox"/> BVA | <input type="checkbox"/> Andere Versicherungsanstalt _____ |

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Fragebogen – Ernährung (in der Stillzeit und) im Beikostalter

- 1) Datum: \_\_\_\_\_ 2) Kursort: \_\_\_\_\_
- 3) Sie kommen als  Mutter  Vater  Interessierte/r: \_\_\_\_\_
- 4) Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre
- 5) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?  Österreich  Andere: \_\_\_\_\_
- 6) Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? (Nur eine Antwortmöglichkeit)
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Abschluss                                   | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemein-bildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule ohne Lehre                        | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/Universität   |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre  |  |
| <input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule (Fachschule, Handelsschule,...) |  |
- 7) Woher haben Sie von diesem Workshop erfahren? (Mehrfachantworten möglich)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> GKK Ambulatorium/ Gesundheitszentrum/ Mutter Kind Pass Stelle | <input type="checkbox"/> www.richtigessenvonanfangen.at |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/ärztin   | <input type="checkbox"/> andere Internetseite: _____    |
| <input type="checkbox"/> Apotheke  | <input type="checkbox"/> Zeitschrift GKK                |
| <input type="checkbox"/> AllgemeinmedizinerIn (Hausarzt/ärztin)                        | <input type="checkbox"/> Aussendungen der GKK           |
| <input type="checkbox"/> Homepage GKK  | <input type="checkbox"/> Familie/FreundInnen            |
| <input type="checkbox"/> Facebook  | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____               |
- 8) Ist das Kind, für das Sie den Workshop besuchen, schon geboren?  
 Ja  Nein

### Falls das Kind noch nicht geboren ist

- 9) Haben Sie (bzw. die Mutter des Kindes) vor das Kind zu stillen?  Ja  Nein

### Falls das Kind bereits geboren ist

- 10) Geburtsdatum Ihres Kindes (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_
- 11) Wurde oder wird das Kind gestillt?  Ja  Nein
- 12) Wurde Beikost bereits eingeführt?  Ja  Nein Wenn nein, weiter zu Frage 14
- 13) Wie alt war Ihr Kind bei Einführung von Beikost? In der \_\_\_\_\_ . Lebenswoche

- 14) Wo informieren Sie sich noch über das Thema Ernährung Ihres Kindes? (Mehrfachantworten möglich)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a) <input type="checkbox"/> Familie/FreundInnen                           | d) <input type="checkbox"/> StillberaterIn oder Stillgruppe     | g) <input type="checkbox"/> Internet        |
| b) <input type="checkbox"/> Kinderarzt/ärztin                             | e) <input type="checkbox"/> Broschüre „Babys erstes Löffelchen“ | h) <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |
| c) <input type="checkbox"/> Hebamme oder Kinderkranken-schwester/-pfleger | f) <input type="checkbox"/> Bücher/Zeitschriften                | _____                                       |

Bitte umdrehen!

15) Kennen Sie die Broschüre „Babys erstes Löffelchen“?  Ja  Nein

Wenn nein, weiter zu Frage 17

16) Falls ja, finden Sie die Information hilfreich?  Ja  Nein



Wie zufrieden waren Sie...	zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	nicht zufrieden
17) mit dem organisatorischen Ablauf (Anmeldemodalität, zeitlicher Ablauf,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) mit meinem/meiner TrainerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) mit den Inhalten des Workshops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) insgesamt mit dem Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21) Wie sehr stimmen Sie der folgenden Behauptung zu: Der Workshop enthielt viele praxisnahe Tipps zur Umsetzung der Ernährungsempfehlungen im Alltag.

stimme völlig zu

stimme eher zu

stimme eher nicht zu

stimme nicht zu

22) Wie zuversichtlich sind Sie, die heute gehörten Inhalte und Empfehlungen umsetzen zu können?

sehr zuversichtlich

eher zuversichtlich

weniger zuversichtlich

gar nicht zuversichtlich

23) Haben Sie sonstige Änderungsvorschläge/Wünsche/Anmerkungen?

---



---

24) Ihr zuständiger Versicherungsträger

- |                                |                                |                               |                              |  |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> WGKK  | <input type="checkbox"/> SGKK  | <input type="checkbox"/> KGKK | <input type="checkbox"/> SVA | <input type="checkbox"/> VAEB                              |
| <input type="checkbox"/> NÖGKK | <input type="checkbox"/> OÖGKK | <input type="checkbox"/> TGKK | <input type="checkbox"/> SVB | <input type="checkbox"/> BKK                               |
| <input type="checkbox"/> BGKK  | <input type="checkbox"/> STGKK | <input type="checkbox"/> VGKK | <input type="checkbox"/> BVA | <input type="checkbox"/> Andere Versicherungsanstalt _____ |

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Fragebogen – Ernährung für ein- bis dreijährige Kinder

1) Datum: \_\_\_\_\_ 2) Kursort: \_\_\_\_\_

3) Sie kommen als  Mutter  Vater  Interessierte/r: \_\_\_\_\_

4) Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_ Jahre

5) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?  Österreich  Andere: \_\_\_\_\_

6) Welche ist Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung? (Nur eine Antwortmöglichkeit)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Abschluss                                   | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemeinbildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> abgeschlossene Pflichtschule ohne Lehre                        | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/Universität  |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre  |   |
| <input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule (Fachschule, Handelsschule,...) |   |

7) Woher haben Sie von diesem Workshop erfahren? (Mehrfachantworten möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> GKK Ambulatorium/Gesundheitszentrum    | <input type="checkbox"/> www.richtigessenvonanfangen.at |
| <input type="checkbox"/> Kinderarzt/ärztin                      | <input type="checkbox"/> andere Internetseite: _____    |
| <input type="checkbox"/> AllgemeinmedizinerIn (Hausarzt/ärztin) | <input type="checkbox"/> Zeitschrift GKK                |
| <input type="checkbox"/> Apotheke                               | <input type="checkbox"/> Aussendungen der GKK           |
| <input type="checkbox"/> Homepage GKK                           | <input type="checkbox"/> Familie/FreundInnen            |
| <input type="checkbox"/> Facebook                               | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____               |

8) Wie alt ist das Kind, für welches Sie den Workshop besuchen?

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Monate

9) Körpergröße des Kindes: \_\_\_\_\_ cm

11) Geschlecht des Kindes:  weiblich

10) Körpergewicht des Kindes: \_\_\_\_\_ kg

männlich

12) Kennen Sie die Broschüre „Jetzt ess ich mit den Großen“?

Ja  Nein

Wenn nein, weiter zu Frage 14

13) Falls ja, finden Sie die Information hilfreich?

Ja  Nein



14) Wo informieren Sie sich noch über das Thema Ernährung von Kindern?

(Mehrfachantworten möglich)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| a) <input type="checkbox"/> Familie/FreundInnen                      | e) <input type="checkbox"/> Kinderbetreuung (Tagesmutter, Krippen, ...) | h) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
| b) <input type="checkbox"/> Kinderarzt/ärztin                        | f) <input type="checkbox"/> Internet                                    | _____  |
| c) <input type="checkbox"/> Bücher/Zeitschriften                     | g) <input type="checkbox"/> AllgemeinmedizinerIn (Hausarzt/ärztin)      | _____  |
| d) <input type="checkbox"/> Broschüre „Jetzt ess ich mit den Großen“ |   |  |

Bitte umdrehen!

Wie zufrieden waren Sie...	zufrieden	eher zufrieden	eher nicht zufrieden	nicht zufrieden
15) mit dem organisatorischen Ablauf des Workshops (Anmeldemodalität, zeitlicher Ablauf,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) mit meinem/meiner TrainerIn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) mit den Inhalten des Workshops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) insgesamt mit dem Workshop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19) Welches Thema war für Sie von besonderem Interesse? (Mehrfachantworten möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Entwicklung des Kindes/Essen lernen | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten |
| <input type="checkbox"/> Ernährung/Lebensmittel              | <input type="checkbox"/> Bewegung   |
| <input type="checkbox"/> Zubereitungs- und Hygienetipps      |   |
| <input type="checkbox"/> Vegetarische und vegane Ernährung   |   |

20) Wie sehr stimmen Sie der folgenden Behauptung zu: „Der Workshop enthielt viele praxisnahe Tipps zur Umsetzung der Ernährungsempfehlungen im Alltag“.

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| stimme völlig zu         | stimme eher zu           | stimme eher nicht zu     | stimme nicht zu          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

21) Wie zuversichtlich sind Sie, die im Workshop gehörten Inhalte und Empfehlungen praktisch umsetzen zu können?

- |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr zuversichtlich      | eher zuversichtlich      | weniger zuversichtlich   | gar nicht zuversichtlich |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

22) Haben Sie sonstige Änderungsvorschläge/Wünsche/Anmerkungen?

---



---

23) Ihr zuständiger Versicherungsträger

- |                                |                                |                               |                              |   |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> WGKK  | <input type="checkbox"/> SGKK  | <input type="checkbox"/> KGKK | <input type="checkbox"/> SVA | <input type="checkbox"/> VAEB                             |
| <input type="checkbox"/> NÖGKK | <input type="checkbox"/> OÖGKK | <input type="checkbox"/> TGKK | <input type="checkbox"/> SVB | <input type="checkbox"/> BKK                              |
| <input type="checkbox"/> BGKK  | <input type="checkbox"/> STGKK | <input type="checkbox"/> VGKK | <input type="checkbox"/> BVA | <input type="checkbox"/> Andere Versicherungsanstalt_____ |

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**