

Fragebogen – Ernährung in der Schwangerschaft (und Stillzeit)

1) Datum: _____ 2) Kursort: _____

3) Sie kommen als Schwangere Partner Interessierte/r: _____

4) Wie alt sind Sie? _____ Jahre

Nur von Schwangeren auszufüllen:

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"/> Lehre mit Matura |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Lehre | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemein-bildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/ Universität |
| <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.richtigessenvonanfangan.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 (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|--|
| <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"/> Lehre mit Matura |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Lehre | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemein-bildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/Universität |
| <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 nein, das Kind ist noch nicht geboren

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

Falls ja, das Kind ist bereits geboren

- 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) War 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 (Mehrfachantworten möglich)

WGKK SGKK KGKK SVA VAEB
 NÖGKK OÖGKK TGKK SVB BKK
 BGKK STGKK VGKK BVA 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"/> Lehre mit Matura |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule ohne Lehre | <input type="checkbox"/> Berufsbildende höhere Schule (HTL, HAK, Kolleg,...) bzw. Allgemeinbildende höhere Schule (AHS) |
| <input type="checkbox"/> Pflichtschule mit Lehre | <input type="checkbox"/> Fachhochschule (FH)/Universität |
| <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.richtigessenvonanfangan.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

männlich

10) Körpergewicht des Kindes: _____ kg

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

Ja Nein

Wenn nein, weiter zu Frage 14

13) War 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 (Mehrfachantworten möglich)

- | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---|
| <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!