

## **Erläuterungen zum Fragebogen**

Wollen Sie teilnehmen? Interessiert Sie das Thema?

Dann photokopieren Sie sich die folgenden drei Seiten aus dem Buch (schwarz/weiß genügt; die Farben sind ja bekannt) und füllen Sie sie aus.

Danach stecken Sie sie in einen Briefumschlag und senden Sie sie ausreichend frankiert an:

Meckerer-Verlag  
Annelie Reißner  
Stichwort: Neolithikum  
Osterfliecher Weg 1  
59069 Hamm

Oder fordern Sie den Fragebogen als PDF unter

**[www.meckerer-verlag.de](http://www.meckerer-verlag.de)**

oder

**[triskel-hof@web.de](mailto:triskel-hof@web.de)**

an!

Die Daten werden anonymisiert und dienen als Vorstudie. Sie sollen meine Beobachtungen unterstützen oder widerlegen, evtl. präzisieren.

Sollte sich eine Möglichkeit finden, eine Finanzierung für ein derartiges Projekt zu erhalten, könnten diese Daten die Basis für weitere Untersuchungen darstellen. In diesem Falle würden alle TeilnehmerInnen benachrichtigt, sofern sie das wünschen.

## Fragebogen zur Neolithischen Revolution

Seite 1

<b>Merkmalsgruppen</b>	<b>Persönliche Angaben</b>
<b>Jahrgang</b>	
<b>Geburtsmonat</b>	
<b>Geschlecht</b>	weiblich O / männlich O <sup>1/2</sup>
<b>Stillzeit</b>	Ich bin _____ Wochen/Monate <sup>3</sup> gestillt worden.
<b>Gestalt/Aussehen</b>	Größe: _____ cm
	Gewicht: _____ kg
	Hautfarbe:
	(natürliche) Haarfarbe:
	glatt - - - - - lockig - - - - - kraus <sup>4</sup>
	Augenfarbe:
(innerer Augenwinkel)	Lidfalte: ja O - - - - - (leicht) - - - - - nein O
	Altschicht O / mongolid O / europid O / negrid O <sup>5</sup>
<b>Stoffwechsel</b>	adulte Form der Lactoseintoleranz:
	Zöliakie/Sprue:
	Diabetes I: _____ Diabetes II: _____
	Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

<sup>1</sup> Bitte Zutreffendes ankreuzen!

<sup>2</sup> Platz für weitere Angaben, z.B. Intersexualität oder Transgender.

<sup>3</sup> Unzutreffendes bitte streichen!

<sup>4</sup> Bitte auf der Skala einstufen!

<sup>5</sup> Mehrfachnennungen möglich!

Merkmalsgruppen	Persönliche Angaben
<b>"Kinderkrankheiten"</b>	Masern O Röteln O Scharlach O Mumps/Ziegenpeter O Polio (Kinderlähmung) O Windpocken O Keuchhusten (Pertussis) O Diphtherie O Pfeiffersches Drüsenfieber O
<b>Schutzimpfungen in den ersten <u>fünf</u> Lebensjahren gegen:</b>	Tuberkulose (Tbc) O Diphtherie O Keuchhusten (Pertussis) O Polio O Haemophilus influenzae Typ B (Hib) O Hepatitis B O Pneumokokken O Meningokokken O Masern O / Mumps O / Röteln O Varizellen (Windpocken) O Grippe (Influenza) O
<b>Besonderheiten:</b>	
<b>Allergien/Nachweise:</b>	

rot <input type="radio"/>	gelb <input type="radio"/>	grün <input type="radio"/>	blau <input type="radio"/>

Bitte wählen Sie die von Ihnen bevorzugte Farbe!

Angaben zum Teilnehmer/zur Teilnehmerin:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon/Handy: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, daß meine Angaben für wissenschaftliche Zwecke im Rahmen einer Studie in anonymisierter Form verwendet werden. Sollte ein Forschungsprojekt bewilligt werden, werde ich darüber informiert. Der Kontakt soll per Briefpost  / per eMail  / telefonisch  / gar nicht  erfolgen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Teilnehmers/in)

Bei Minderjährigen ist zudem die Zustimmung der Erziehungsberechtigten nötig:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)