

Anhang 2: Befragung zur COVID-19-Schutzimpfung

MUSTER

evasys

Befragung zur COVID-19-Schutzimpfung



Klinikum der LMU München

Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin



Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Willkommen zur Umfrage "COVID-19-Schutzimpfung"!

In Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsreferat der Stadt München und den Medizinstudierenden der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) führen wir ein Projekt zur Steigerung der Impfquote in München durch. Wir, das sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler am Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am LMU Klinikum.

Gerne möchten wir Sie zu Ihrer Meinung zur COVID-19-Schutzimpfung befragen und von Ihnen wissen, wie Sie auf die Impfung aufmerksam wurden. Ziel der Befragung ist es, das Informationsangebot zur COVID-19-Schutzimpfung zu verbessern.

Die Umfrage ist anonym, das heißt, wir wissen nicht, wer Sie sind. Auch ist die Teilnahme an der Umfrage freiwillig und Sie können die Umfrage jederzeit abbrechen, wenn Sie die Fragen nicht mehr beantworten möchten. Mit der Teilnahme an der Umfrage geben Sie Ihr Einverständnis, dass Ihre angekreuzten Antworten zu Forschungszwecken genutzt werden. Ein Rückschluss auf Ihre Person ist dabei ausgeschlossen. Für das Ausfüllen der Umfrage benötigen Sie ca. 10 Minuten Zeit.

Wenn Sie mit der Befragung einverstanden sind, klicken Sie bitte auf "ja". Bitte vergessen Sie nicht am Ende der Umfrage auf "Absenden" zu klicken.

Wenn Sie nicht an der Umfrage teilnehmen möchten, klicken Sie bitte auf "nein".

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme an der Befragung und wünschen Ihnen einen schönen Tag!

Das Institut für Didaktik und Ausbildungsforschung in der Medizin am Klinikum der LMU München

- 1.1 Ich möchte an der Befragung zur COVID-19-Schutzimpfung teilnehmen. Ja Nein

2. Persönliche Angaben

- 2.1 Wie alt sind Sie? Bitte geben Sie Ihr Alter in Jahren an.

- 2.2 Welches Geschlecht haben Sie? Weiblich Männlich Divers
 Keine Angabe

- 2.3 Welche Nationalität haben Sie?

- | | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bosnien und Herzegowina | <input type="checkbox"/> Deutschland | <input type="checkbox"/> Frankreich |
| <input type="checkbox"/> Großbritannien | <input type="checkbox"/> Kosovo | <input type="checkbox"/> Kroatien |
| <input type="checkbox"/> Montenegro | <input type="checkbox"/> Österreich | <input type="checkbox"/> Russland |
| <input type="checkbox"/> Schweiz | <input type="checkbox"/> Serbien | <input type="checkbox"/> Türkei |
| <input type="checkbox"/> Ukraine | <input type="checkbox"/> Andere: | |

- 2.4 Andere:

MUSTER

2. Persönliche Angaben [Fortsetzung]

- 2.5 Was ist Ihre Muttersprache? Bitte wählen Sie nur eine Sprache aus.
- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Bosnisch | <input type="checkbox"/> Deutsch | <input type="checkbox"/> Englisch |
| <input type="checkbox"/> Französisch | <input type="checkbox"/> Kroatisch | <input type="checkbox"/> Montenegrinisch |
| <input type="checkbox"/> Russisch | <input type="checkbox"/> Serbisch | <input type="checkbox"/> Türkisch |
| <input type="checkbox"/> Ukrainisch | <input type="checkbox"/> Andere: | |

2.6 Andere:

- 2.7 Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss? Bitte wählen Sie einen Abschluss aus der Liste aus.
- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lehre/ Berufsausbildung | <input type="checkbox"/> Hochschul-/ Universitätsab- schluss | <input type="checkbox"/> Promotion |
| <input type="checkbox"/> Ohne beruflichen/ schulischen Bildungsabschluss | <input type="checkbox"/> Anderer: | |

2.8 Anderer:

- 2.9 Sind Sie derzeit berufstätig?
- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, Vollzeit | <input type="checkbox"/> Ja, Teilzeit | <input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich (z. B. Minijob) |
| <input type="checkbox"/> Nein, noch in Ausbildung | <input type="checkbox"/> Nein, berentet/ pensioniert | <input type="checkbox"/> Nein, gar nicht |
- 2.10 Wie lange leben Sie schon in München?
- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ein paar Monate | <input type="checkbox"/> 1 bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Jahre |
| <input type="checkbox"/> Mehr als 10 Jahre | | |
- 2.11 Die wievielte Corona-Schutzimpfung haben Sie heute bekommen?
- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Impfung | <input type="checkbox"/> 2. Impfung | <input type="checkbox"/> 3. Impfung |
| <input type="checkbox"/> 4. Impfung | | |

2.12 Warum haben Sie sich bislang nicht impfen lassen?

Mit wievielen Sternen würden Sie die folgende Aussage bewerten?

1 Stern = Sie stimmen überhaupt nicht zu.

5 Sterne = Sie stimmen voll und ganz zu.

- 2.13 Das Impfangebot vor Ort hat mir die Entscheidung zur Impfung leicht gemacht.
- | | | | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|

3. Fragen zur COVID-19-Schutzimpfung

MUSTER

3. Fragen zur COVID-19-Schutzimpfung [Fortsetzung]

3.1 Wie haben Sie von der COVID-19-Impfaktion in Ihrem Stadtteil erfahren? Sie können mehrere Antworten auswählen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informationsbroschüre/ Postwurfsendung der Stadt München | <input type="checkbox"/> Gespräch mit einem Impf-Guide (Medizinstudierende der LMU informieren in München über die COVID-19-Schutzimpfung) | <input type="checkbox"/> Nachbar/Nachbarin |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde | <input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin | <input type="checkbox"/> Agentur für Arbeit |
| <input type="checkbox"/> Münchner Tafel | <input type="checkbox"/> Kindertagesstätte | <input type="checkbox"/> Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> Schule | <input type="checkbox"/> Sonstige: | |

3.2 Sonstige:

3.3 Hatten Sie ein Gespräch mit einem Impf-Guide (Medizinstudierende der LMU informieren in München über die COVID-19-Schutzimpfung)? Ja Nein

Mit wievielen Sternen würden Sie den folgenden Aussagen bewerten?

1 Stern = Sie stimmen überhaupt nicht zu.

5 Sterne = Sie stimmen voll und ganz zu.

- | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 3.4 Die Impf-Guides konnten meine Fragen zur COVID-19-Schutzimpfung beantworten. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.5 Die Impf-Guides sind auf meine Sorgen eingegangen. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.6 Durch das Gespräch mit den Impf-Guides habe ich neue Informationen zur COVID-19-Schutzimpfung erhalten. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.7 Ich fand das Gespräch mit den Impf-Guides respektvoll. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.8 Ich fand das Gespräch mit den Impf-Guides angenehm. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.9 Ich habe bei dem Gespräch mit den Impf-Guides keinen Zeitdruck empfunden. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.10 Ohne das Gespräch mit den Impf-Guides hätte ich mich nicht impfen lassen. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 3.11 Ich würde die Impf-Guides als Ansprechpartner*in bei Fragen zur COVID-19-Schutzimpfung weiterempfehlen. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |

3. Fragen zur COVID-19-Schutzimpfung [Fortsetzung]

3.12 Warum haben Sie sich dazu entschieden, sich impfen zu lassen?

3.13 Ich habe bereits eine COVID-19-Infektion durchgemacht. Ja Nein

4. Wie beurteilen Sie Ihre Situation seit der COVID-19-Pandemie?

Mit wievielen Sternen würden Sie den folgenden Aussagen bewerten?

1 Stern = Sie stimmen überhaupt nicht zu.

5 Sterne = Sie stimmen voll und ganz zu.

- | | | | | | | | |
|--|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| 4.1 Ich fühle mich aufgrund der COVID-19-Pandemie einsam. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 4.2 Die COVID-19-Pandemie bedroht meine finanzielle/wirtschaftliche Existenz. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 4.3 Ich mache mir aufgrund der COVID-19-Pandemie Sorgen um meine Gesundheit. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |
| 4.4 Ich mache mir aufgrund der COVID-19-Pandemie Sorgen um die Gesundheit meiner Familie und meiner Freunde. | Stimme überhaupt nicht zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimme voll und ganz zu |

Mit wievielen Sternen würden Sie die folgende Aussage bewerten?

1 Stern = viel zu locker

5 Sterne = viel zu streng

4.5 Die gegenwärtigen COVID-10-Maßnahmen sind: Viel zu locker Viel zu streng

4.6 Über welche Quellen/Medien informieren Sie sich überwiegend zu COVID-19? Sie können mehrere Antworten auswählen.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fernsehen | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Soziale Medien und Messenger Dienste, z. B. Twitter, Facebook |
| <input type="checkbox"/> Zeitungen und Zeitschriften | <input type="checkbox"/> Wissenschaftliche Publikationen | <input type="checkbox"/> Sonstige: |

4.7 Sonstige:

Mit wievielen Sternen würden Sie den folgenden Aussagen bewerten?

1 Stern = Sie stimmen überhaupt nicht zu.

5 Sterne = Sie stimmen voll und ganz zu.

MUSTER

evasys

Befragung zur COVID-19-Schutzimpfung



4. Wie beurteilen Sie Ihre Situation seit der COVID-19-Pandemie? [Fortsetzung]

- 4.8 Die Berichterstattung zu Impfnebenwirkungen hat mich verunsichert. Stimme überhaupt nicht zu Stimme voll und ganz zu
- 4.9 Ich habe Vertrauen, dass die Wissenschaft das COVID-19-Problem lösen wird. Stimme überhaupt nicht zu Stimme voll und ganz zu

Mit wievielen Sternen würden Sie die folgende Aussage bewerten?

1 Stern = Sie sind überhaupt nicht besorgt.

5 Sterne = Sie sind sehr besorgt.

- 4.10 Aktuell fühle ich mich aufgrund der COVID-19-Pandemie: Überhaupt nicht besorgt Sehr besorgt