

# Gesundheitsfragebögen

## Personendaten

---

Firma: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

*geschäftlich:* \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

*geschäftlich:* \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Wir sichern Ihnen einen vertraulichen Umgang mit Ihren persönlichen Daten zu !

## SchwungWerk - Anamnesefragen betriebliche Gesundheitsförderung

---

1) Wo würden Sie ihren momentanen Entspannungszustand einordnen?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

2) Wie würden Sie die Qualität ihrer Ernährung bewerten?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

3) Wie schätzen Sie ihr aktuelles Fitnesslevel ein?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

4) Wie schätzen Sie ihr aktuelles Gesundheitslevel ein?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

5) Wie würden Sie ihre momentane private Situation bewerten?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

6) Wie schätzen Sie ihr psychisches Wohlbefinden ein?  
(Skala: 10 = ausgezeichnet, 1 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

7) Wie häufig sind Sie gestresst?  
(Mehrfachauswahl möglich)

- dauerhaft gestresst
- öfters gestresst und gereizt
- manchmal gestresst und gereizt
- selten gestresst
- nie gestresst

8) Wie ist Ihr Schlafverhalten?  
(Mehrfachauswahl möglich)

- Einschlafschwierigkeiten
- Schlaflosigkeit
- häufiges erwachen, Uhrzeit: \_\_\_\_\_
- wann gehen Sie zu Bett? \_\_\_\_\_
- wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich: \_\_\_\_\_
- wie fühlen Sie sich am Morgen? \_\_\_\_\_

9) In welcher Position schlafen Sie?  
(Mehrfachauswahl möglich)

- Seitenlage rechts
- Seitenlage links
- Bauchlage
- Rückenlage

10) Leiden Sie unter...?

*(Mehrfachauswahl möglich)*

- Konzentrationsschwäche
- Leistungsabfall
- Müdigkeit
- Stimmungsschwankungen
- Angstgefühlen
- Überforderung
- Unruhe
- Familienproblemen
- Arbeitsproblemen
- anderen Problemen
- keinen Problemen

11) Lachen Sie oft?

ja

nein

12) Wie ist Ihre berufliche Tätigkeit?

*(Bitte nur eine Antwort angeben)*

- intensive berufliche und sportliche Bewegung
- mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
- sitzende Arbeitsweise und mäßiger Sport
- sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
- körperliche Inaktivität

13) Ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt:

*(Mehrfachauswahl möglich)*

- Stunden pro Woche \_\_\_\_\_
- Stunden pro Tag \_\_\_\_\_

14) Wie gelangen Sie zur Arbeit?

*(Mehrfachauswahl möglich)*

- zu Fuß
- mit dem Auto
- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- mit dem Fahrrad
- Sonstige

15) Wie viele Urlaubstage nehmen Sie sich im Jahr?

\_\_\_\_\_ Tage

16) Wie oft machen Sie (Erholungs-)Urlaub?

\_\_\_\_\_ Mal

17) Bitte bewerten Sie ihre Work-Life-Balance auf einer Skala von 1 bis 6  
(Skala: 1 = ausgezeichnet, 6 = sehr schlecht) \_\_\_\_\_

18) Hatten Sie schon einmal das Gefühl „ausgebrannt“ zu sein?  ja  nein

wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

19) Wenn Sie die Wahl haben, nehmen Sie eher die Treppe oder den Aufzug/Rolltreppe?  
(Mehrfachauswahl möglich)

- Treppe  
 Aufzug/Rolltreppe

20) Freizeitbeschäftigung / Sport  
(Mehrfachauswahl möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Joggen         | <input type="checkbox"/> Nordic Walking   | <input type="checkbox"/> Radfahren     |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen      | <input type="checkbox"/> Tennis           | <input type="checkbox"/> Skifahren     |
| <input type="checkbox"/> Snowboard      | <input type="checkbox"/> Langlauf         | <input type="checkbox"/> Inline-Skaten |
| <input type="checkbox"/> Badminton      | <input type="checkbox"/> Squash           | <input type="checkbox"/> Fussball      |
| <input type="checkbox"/> Handball       | <input type="checkbox"/> Basketball       | <input type="checkbox"/> Volleyball    |
| <input type="checkbox"/> Segeln         | <input type="checkbox"/> Windsurfen       | <input type="checkbox"/> Rudern        |
| <input type="checkbox"/> Kanu           | <input type="checkbox"/> Tauchen          | <input type="checkbox"/> Ringen        |
| <input type="checkbox"/> Leichtathletik | <input type="checkbox"/> Tanzsport        | <input type="checkbox"/> Gymnastik     |
| <input type="checkbox"/> Yoga           | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |  |

21) Sind Sie körperliche Anstrengungen gewöhnt?  ja  nein

22) Haben Sie Trainingserfahrungen?  ja  nein

wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

23) Welches der beiden Trainingsziele würden Sie als Ihr vorrangiges bezeichnen?  
(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Rücken-/Allg. Gesundheit  
 Stress / Entspannung

24) Weitere Trainingsziele: \_\_\_\_\_

25) Wie wichtig ist es Ihnen, ihr Trainingsziel zu erreichen?  
(Skala: 10 = sehr wichtig, 1 = unwichtig) \_\_\_\_\_

26) In welchem Zeitraum möchten Sie ihr Ziel erreichen? \_\_\_\_\_

27) Was bedeutet es für Ihr tägliches Leben, wenn Sie ihr Ziel erreichten?  
Wie fühlen Sie sich dabei?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

28) Wenn Sie ihr Ziel erreicht haben, möchten Sie es dann auch halten?  
(Bitte nur eine Antwort geben)

ja  
 wenn nein, warum nicht? \_\_\_\_\_  
 vielleicht

29) Wie oft pro Woche wollen Sie trainieren und wie lange soll eine Trainingseinheit dauern?  
(Bitte nur eine Antwort geben)

1 - 2 Mal \_\_\_\_\_  
 3 - 4 Mal \_\_\_\_\_  
 5 - 6 Mal \_\_\_\_\_  
 7 Mal \_\_\_\_\_

30) Wo möchten Sie vorwiegend trainieren?  
(Mehrfachauswahl möglich)

zuhause  
 Fitnessstudio  
 im Büro  
 in der Natur  
 abwechselnd

31) Bei welchen Tätigkeiten, Aktivitäten und/oder in welchen Momenten können Sie besonders gut entspannen ?  
\_\_\_\_\_

32) Trainieren Sie lieber alleine oder in der Gruppe?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- alleine  
 in der Gruppe

33) Arbeiten Sie im Sitzen oder Stehen?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- Sitzen, wenn ja, verändern Sie häufig ihre Position? \_\_\_\_\_  
 Stehend

34) Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz zum Telefonieren ein Headset?  ja  nein

*wenn ja, nutzen Sie die Möglichkeit beim telefonieren  
zum laufen oder zu stehen?*

ja  nein

35) Sind Sie Brillenträger?  ja  nein

36) Nutzen Sie ihre Sehhilfe regelmäßig am Arbeitsplatz?

*(Mehrfachauswahl möglich)*

- immer  
 selten  
 nur, wenn meine Augen müde werden  
 sehr wechselhaft

37) Machen Sie zwischendurch (regelmäßig) Lockerungs- oder Dehnungsübungen?

- ja  
 nein  
 nein, würde dies aber gerne unter Anleitung tun

38) Wie nutzen Sie Ihre Pause? \_\_\_\_\_

39) Können Sie sich vorstellen Ihre Pause auch für Bewegungsübungen zu nutzen?

- ja  
 nein

## SchwungWerk - Risikoanamnese

---

1) Was machen Sie beruflich? Körperliche Tätigkeit? Oder sitzende Tätigkeit?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- körperliche Inaktivität
- sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
- sitzende Arbeitsweise und mäßiger Sport
- sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
- mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- intensive berufliche und sportliche Bewegung

2) Rauchen Sie?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- Nie Raucher
- Ex Raucher, Zigarrenraucher, Pfeifenraucher
- Zigarettenraucher, Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

3) Gibt es Herzerkrankungen in Ihrer Familie? Eltern oder Geschwister? Wie alt?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- keine atherosklerotische Herzerkrankungen in der Familie
- ein Elternteil > 60 Jahre mit atherosklerotische Herzerkrankungen
- beide Elternteile > 60 Jahre mit atherosklerotische Herzerkrankungen
- ein Elternteil < 60 Jahre mit atherosklerotische Herzerkrankungen
- beide Elternteile < 60 Jahre mit atherosklerotische Herzerkrankungen
- Eltern und Geschwister < 60 Jahre mit atherosklerotische Herzerkrankungen

4) Haben Sie Diabeteserkrankungen in der Familie, leiden Sie selbst unter Diabetes?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- Keine Diabeteserkrankung, auch nicht in der Familie
- Diabeteserkrankung in der Familie
- Gut eingestellte Diabeteserkrankung
- Schlecht eingestellte Diabeteserkrankung

5) Blut-Cholesterin (in mg%), wenn bekannt

\_\_\_\_\_ mg%

6) Nur für Frauen: Frage zu den Wechseljahren

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- Noch keine Wechseljahre
- Noch keine Wechseljahre, Eierstöcke wurden entfernt
- In den Wechseljahren
- Nach den Wechseljahren

## SchwungWerk - Work Ability Index

---

1) Sind Sie bei Ihrer Arbeit...?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- vorwiegend geistig tätig?
- vorwiegend körperlich tätig?
- etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

2) Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

*Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)*

Wert: \_\_\_\_\_

3) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderung ein?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- sehr gut
- eher gut
- mittelmäßig
- eher schlecht
- sehr schlecht

4) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderung ein?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- sehr gut
- eher gut
- mittelmäßig
- eher schlecht
- sehr schlecht



5) Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.

*(Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt die Krankheit diagnostiziert hat.)*

	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
Unfallverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungsapparats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6) Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

*(Mehrfachauswahl möglich)*

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankungen
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig

7) Wie viele ganze Tage blieben Sie aufgrund eines gesundheitlichen Problems (*Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung*) im letzten Jahr (*12 Monate*) der Arbeit fern?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10 - 24 Tage
- 25 - 99 Tage
- 100 - 365 Tage

8) Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 2 Jahren ausüben können?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- unwahrscheinlich
- nicht sicher
- ziemlich sicher

9) Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- häufig
- eher häufig
- manchmal
- eher selten
- niemals

10) Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- immer
- eher häufig
- manchmal
- eher selten
- niemals

11) Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was Ihre Zukunft betrifft?

*(Bitte nur eine Antwort geben)*

- immer
- eher häufig
- manchmal
- eher selten
- niemals

## SchwungWerk - Deutscher Diabetes-Risiko-Test

(Dieser Fragebogen muss von Ihnen nicht ausgefüllt werden, wenn bei Ihnen bereits eine Diabetes Erkrankung diagnostiziert wurde)

1) Sind Sie pro Woche mindestens fünf Stunden aktiv?  ja  nein  
(z.B. Sport Gartenarbeit, Radfahren,...)

2) Wurde bei Ihnen schon einmal Bluthochdruck festgestellt?  ja  nein

3) Wie viele Scheiben Vollkornbrot und Portionen Müsli essen Sie am Tag?  
(1 Portion = 3 Esslöffel)

keine  1  2  3  4  > 4

Wie oft essen Sie, pro Woche, Rind-, Schweine- oder Lammfleisch?

- nie / selten
- 1 - 2 mal
- 3 - 4 mal
- 5 - 6 mal
- täglich
- mehrmals täglich

5) Wie viele Tassen Kaffee trinken Sie am Tag?

0 - 1 Tasse  2 - 5 Tassen  > 5 Tassen

6) Welchen Raucherstatus haben Sie?

- Ich habe nie geraucht
- Ich habe mal durchschnittlich weniger als 20 Zigaretten pro Tag
- geraucht Ich habe mal durchschnittlich 20 Zigaretten oder mehr pro Tag
- geraucht Ich rauche durchschnittlich weniger als 20 Zigaretten pro Tag
- Ich rauche durchschnittlich 20 Zigaretten oder mehr pro Tag

7) Wurde bei Ihren Eltern ein Typ II Diabetes diagnostiziert?

- Nein oder es ist mir nicht bekannt
- Ja, bei einem Elternteil
- Ja, bei beiden Elternteilen

8) Wurde bei einem Geschwisterkind ein Typ II Diabetes diagnostiziert?

- Nein oder es ist mir nicht bekannt
- Ja, bei einem Geschwisterkind

## SchwungWerk - Gesundheitsfragen betriebliche Gesundheitsförderung

---

- 1) Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
wenn ja, aus welchem Grund? \_\_\_\_\_
- 2) Wann wurden Sie zuletzt von einem Arzt untersucht? \_\_\_\_\_
- 3) Wann haben Sie das letzte Blutbild erstellen lassen? \_\_\_\_\_
- 4) Wann waren Sie das letzte Mal bei einer Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_
- 5) Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fiebrige Erkältung?  ja  nein
- 6) Leiden Sie häufig an Kopfschmerzen?  ja  nein
- 7) Als wie stark würden Sie Ihre Kopfschmerzen einstufen?  
(Skala: 1 = sehr schwach, 10 = sehr stark) \_\_\_\_\_
- 8) Haben Sie sonstige gesundheitliche Einschränkungen, die Sie  
zum jetzigen Zeitpunkt nicht erwähnen möchten?  ja  nein
- 9) Liegt eine Schwangerschaft vor?  
(frauenspezifisch)  ja  nein

### *RICHTIGKEIT DER ANGABEN*

---

*Hiermit erkläre ich, dass alle Fragen in diesen Fragebogen richtig und wahrheitsgemäß beantwortet wurden.*

---

*Ort, Datum, Unterschrift*