



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research

Anhang zum Endbericht

„Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3

Anhang zum Endbericht

2012



Ludwig Boltzmann Institut
Health Promotion Research

„Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3

Anhang zum Endbericht

Monika Simek
Karin Waldherr



Wien, November 2012

In Kooperation mit:



Gefördert aus den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich

Gesundheit Österreich
GmbH



Geschäftsbereich

Fonds Gesundes
Österreich



Inhalt

Leitfaden Fokusgruppe mit der Zielgruppe	3
Leitfaden Fokusgruppe mit der Steuerungsgruppe	5
Erstbefragung Allgemeines Krankenhaus ¹	7
Erstbefragung Krankenhaus Rudolfstiftung	11
Erstbefragung Otto-Wagner-Spital	15
Erstbefragung Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf	19
Erstbefragung Wilhelminenspital	23
Endbefragung Allgemeines Krankenhaus	27
Endbefragung Krankenhaus Rudolfstiftung	31
Endbefragung Otto-Wagner-Spital	35
Endbefragung Sozialmedizinisches Zentrum Floridsdorf	40
Endbefragung Wilhelminenspital	44
Impuls-Test	48
Evaluationsblatt „Kurse“	50
Fragebogen „Gesundheitsmultiplikatorinnen“	51
Fragebogen „Gesundes Führen“	52
Fragebogen „KAV-interne Mitarbeiter/-innen“	53

¹ Die Krankenhäuser sind in alphabetischer – nicht chronologischer – Reihenfolge angeführt.

Gesund arbeiten ohne Grenzen 3

Leitfaden Fokusgruppe mit der Zielgruppe

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie alle an diesem Termin heute teilnehmen!

Ich darf mich zuerst einmal vorstellen: Mein Name ist Monika Simek. Ich komme vom Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung und übernehme die Moderation dieser Fokusgruppe. Damit stehe ich völlig unabhängig zu diesem Spital, in dem Sie arbeiten. Ich gehöre auch nicht zum FEM Süd, das das Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen 3“ leitet. Meine Kolleginnen und ich beobachten dieses Projekt, um dem Projektteam zu helfen, um das Projekt zu verbessern. Das ist **Name Praktikantin**, die das Protokoll führen wird.

Ich stelle Ihnen nun einige Fragen, die Sie anschließend bitte gemeinsam beantworten und diskutieren sollen. Sie können also gerne mit einander diskutieren, unterschiedliche Meinungen äußern oder Ergänzungen machen. Dabei gibt es kein Richtig oder Falsch. Jede Meinung zählt. Mir ist es wichtig, so viele Antworten wie möglich von Ihnen zu bekommen. Ich würde mich freuen, von Ihnen allen etwas zu hören, auch oder vor allem auch dann, wenn sie unterschiedlicher Meinung sind. Das ist dann besonders interessant.

Damit ich Ihnen besser zuhören kann und das Gespräch nicht mit ständigem Mitschreiben störe, möchte ich es auf Tonband aufnehmen. Dieses Tonband gebe ich nicht aus der Hand. Wir brauchen es ausschließlich dafür, das Gespräch anschließend niederzuschreiben. Die Ergebnisse aus der Analyse werden anonymisiert. Das bedeutet, dass keiner herausfinden kann, was Sie persönlich gesagt haben. Die Ergebnisse werden ganz allgemein dem Projektteam und der Steuerungsgruppe weitergeleitet. Dabei ist es nicht möglich, zu erfahren, wer was gesagt hat.

Sind Sie alle damit einverstanden, dass ich das Gespräch aufnehme?

Dankeschön!

Aufnahmegerät einschalten

Haben Sie sonst noch Fragen? Ist Ihnen etwas unklar?

Vorstellung

Zum Beginn möchte ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen – welcher Berufsgruppe sie angehören und wie lange Sie schon hier im Spital arbeiten.

Vielen Dank!

Einstieg

Sie kommen gerade vom Kurs **Namen des Kurses**, das Ihnen durch das Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ angeboten wird. **Wie war das Training für Sie?**

Fragebogen

Wie geht es Ihnen derzeit insgesamt? Wie fühlen Sie sich?

Welche Beschwerden haben Sie?

Unter welchen Erkrankungen oder Symptomen leiden Sie?

Fühlen Sie sich psychisch belastet? z.B. unruhig, angespannt, unzufrieden,...

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt beschreiben? Ausgezeichnet–schlecht

Haben Sie das Gefühl, dass Sie Ihre Gesundheit in erster Linie selbst bestimmen können? Wenn nein, wer oder was bestimmt Ihre Gesundheit? In welcher Form?

Möchten Sie etwas für die Verbesserung Ihrer Gesundheit tun?

Wenn ja, was möchten Sie gerne tun?

Was können Sie selbst zur Verbesserung beitragen? Was wollen Sie verändern?

Was brauchen Sie dazu?

Was hindert Sie daran?
Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?
Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen? (Vorsorgeuntersuchungen, Gesundenuntersuchung)

Welchen Einfluss hat Ihre Arbeit auf Ihre Gesundheit?

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit Ihre Gesundheit beeinflusst? Wie? Auf welche Art?
Mit welchem Gefühl gehen Sie in der Früh in die Arbeit? Was denken Sie dann?
Fühlen Sie sich wohl in der Arbeit?
Sind Sie zufrieden mit Ihrer Arbeit?

Wie ist die Stimmung in der Arbeit?
Wie ist die Zusammenarbeit mit den Kollegen in der Arbeit?
Wie empfinden Sie das Verhältnis zu Ihren Vorgesetzten?
Fühlen Sie sich als Person anerkannt?
Haben Sie das Gefühl, dass Sie genügend Dank und Anerkennung für Ihre Arbeit erhalten?

Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit?
Verwenden Sie eine „persönliche Schutzausrüstung“? (Schutzbrille, Handschuhe, Gehörschutz, Sonstiges)

Projekt

Bei welchen Angeboten des Projektes „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ haben sie teilgenommen?

Warum haben Sie am Kurs xxx / an den Kursen teilgenommen?
Warum haben Sie am Kurs xxx / an den Kursen nicht teilgenommen?
Wie hat Ihnen der Kurs xxx / das Angebot der Kurse gefallen?

Welche Erwartungen hatten Sie an das Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“?

Wie haben Sie davon erfahren?
Was haben Sie sich vorgestellt?
Wer von Ihnen konnte am Projekt direkt mitwirken? (Gesundheitszirkel)

Wie denken Sie heute über das Projekt?

Ist das Projekt so wie Sie es sich vorgestellt haben?
Erfüllt das Projekt Ihre Erwartungen?
Fühlen Sie sich gut über das Projekt informiert?
Was bringt Ihnen persönlich das Projekt? Welchen Nutzen haben Sie?
Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Wünsche und Äußerungen (Fragebogen, Gesundheitszirkel) ernst genommen worden sind?
Was hat sich durch das Projekt verändert?
Was hat sich für Sie privat verändert?
Was hat sich in der Arbeit verändert?
Was glauben Sie wird sich durch das Projekt noch verändern?
Wie bewerten Sie das Projekt? Ist es erfolgreich? Warum / warum nicht?
Sprechen Sie über das Projekt mit Ihren Kolleginnen? Was sagen diese dazu?

Haben Sie Wünsche an das Projekt?

Was kann man verbessern?
Was kann man zusätzlich tun?
Was fehlt Ihnen im Projekt?
Was können Sie für das Projekt beitragen?
Wer kann etwas für die Verbesserung des Projektes beitragen? Wie?
Wie soll es nach Beendigung des konkreten Projektes weitergehen?

Gesund arbeiten ohne Grenzen 3

Leitfaden Fokusgruppe mit Steuerungsgruppe

Einleitung

Vielen Dank, dass Sie alle heute an dieser Fokusgruppe teilnehmen!

Ich möchte mich erst einmal vorstellen: Mein Name ist Monika Simek. Ich komme vom Ludwig Boltzmann Institut für Gesundheitsförderungsforschung, das im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen 3“ mit der Prozessevaluation beauftragt worden ist. Ich übernehme die Moderation der Fokusgruppe. Das ist **Name der Praktikantin**, die das Protokoll führen wird.

Durch die Teilnahme an dieser Fokusgruppe helfen Sie mit, das Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen 3“ zu optimieren. Sie geben der Projektleitung damit die Möglichkeit, rechtzeitig Kurskorrekturen vorzunehmen. Damit kommen Ihnen selbst die Teilnahme bzw. Ihre Beiträge wieder zu Gute.

Ich stelle Ihnen nun einige Fragen, die Sie anschließend bitte gemeinsam beantworten und diskutieren sollen. Ich werde mich so weit wie möglich zurückhalten, damit Sie mit einander diskutieren können. Ich würde mich sehr freuen, von Ihnen allen etwas zu hören. Dabei gibt es kein Richtig oder Falsch! Jede Meinung, egal ob gegenteilig, bestätigend oder ergänzend, ist wichtig und interessant. Ich bitte Sie nur, einander aussprechen zu lassen, damit ich Ihnen allen folgenden kann, damit nichts verloren geht.

Damit ich Ihnen besser zuhören kann, möchten wir es gerne auf Tonband aufnehmen. Dieses Tonband ist nur als Hilfe für die Transkription bestimmt. Die Ergebnisse der Analyse werden vollkommen anonymisiert. Es ist also nicht möglich, herauszufinden, wer von Ihnen welche Aussage getroffen hat. Haben Sie dazu noch Fragen?

Sind Sie alle damit einverstanden, dass ich das Gespräch aufzeichne?

Dankeschön!

Aufnahmegerät einschalten

Haben Sie sonst noch Fragen? Ist Ihnen etwas unklar?

Vorstellung

Zu Beginn möchte ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen – Ihren Namen und Ihre Position.

Vielen Dank!

Leitfaden

Wie bewerten Sie den Projektprozess im Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen 3“ bisher?

Was ist gut gelaufen?

Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Was wünschen Sie sich dazu vom FEM Süd?

Was wünschen Sie sich dazu von den Hausarbeiterinnen?

Was wünschen Sie sich dazu von den direkten Vorgesetzten?

Was kann die Steuerungsgruppe dazu beitragen?

Wie bewerten Sie die Kommunikation mit dem FEM Süd-Projektteam?

Was ist gut gelaufen?

Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Was wünschen Sie sich dazu vom FEM Süd?

Was kann die Steuerungsgruppe dazu beitragen?

Wie bewerten Sie die Organisation des Projektes?

Was ist gut gelaufen?
Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was wünschen Sie sich dazu vom FEM Süd?
Was wünschen Sie sich dazu von den Hausarbeiterinnen?
Was wünschen Sie sich dazu von den direkten Vorgesetzten?
Was kann die Steuerungsgruppe dazu beitragen?

Wie bewerten Sie den Kick-off des Projektes?

Hat die Kick-off-Veranstaltung Ihren Erwartungen entsprochen?
Was ist dadurch ausgelöst worden?
War der Kick-off ausreichend, um alle Beteiligten zu motivieren?
Was ist gut gelaufen?
Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Wie bewerten Sie die Vorgehensweise der Erhebungsphasen? (Fragebogen und Gesundheitszirkel)

Sind Sie mit der Qualität der beiden Instrumente zufrieden?
Was ist gut daran?
Was ist weniger gut?
Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?

Wie empfinden Sie die bisherigen Ergebnisse?

Sind die Ergebnisse ausreichend, um konstruktiv daran zu arbeiten? Was fehlt?
Sind die Ergebnisse erwartungsgemäß? Was daran war zu erwarten?
Gab es Überraschungen? Welche?
Gibt es Punkte, die Ihnen abgehen? Welche?
Was wird sich Ihrer Meinung nach bei der Endbefragung ändern?
Welche Punkte sollten sich geändert / verbessert haben?

In welcher Form sind Sie bei der Schaffung von gesundheitsförderlichen Verhältnissen durch das Projekt unterstützt worden?

Sind dabei die innerbetrieblichen Strukturen berücksichtigt worden?
Was ist gut gelaufen?
Was hätte besser laufen können? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was hätte anders laufen sollen? Wie? Wer hätte dazu beitragen können?
Was wünschen Sie sich dazu vom FEM Süd?
Was kann die Steuerungsgruppe dazu beitragen?

Was sagen Sie zu der Schulung von Hausarbeiterinnen zu „Gesundheitsbeauftragten“?

Was erwarten Sie von der Schulung?
Was erwarten Sie von den Gesundheitsbeauftragten im Anschluss an die Schulung?

Sehen Sie in der Schulung eine langfristige Absicherung für Gesundheitsförderung?

Was sagen Sie zum Sensibilisierungs-Workshop für die direkten Vorgesetzten, also Hausaufsicht und Küchenleitung?

Was erwarten Sie von der Schulung?
Was erwarten Sie von der Hausaufsicht und der Küchenleitung im Anschluss an die Schulung?

Sehen Sie in der Schulung eine langfristige Absicherung für Gesundheitsförderung?

Liebe Mitarbeiterinnen des AKH!

Derzeit wird im AKH das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtet sich an alle Hausarbeiterinnen - es geht um **IHRE Gesundheit** und **Zufriedenheit mit der Arbeit**. Um Maßnahmen für Sie gezielt planen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl:</p> <p><input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Putzen, Aufräumen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kinder/ Kindererziehung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kochen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Pflegefall in der Familie</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Finanzielle Angelegenheiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Tätigkeiten:</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Vorarbeiter/in <input type="radio"/> Aufseher/in <input type="radio"/> Oberaufseher/in <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manch- mal	regel- mäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V.

Ist Ihnen das Leitbild des AKH bekannt?

- ja
- nein

Ist Ihnen der Begriff "Qualitätsmanagement" bekannt?

- ja
- nein

Ist Ihnen der Begriff "Arbeitsanweisung" bekannt?

- ja
- nein

Liebe Mitarbeiterinnen der Krankenanstalt Rudolfstiftung!

Derzeit wird in der Krankenanstalt Rudolfstiftung das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtet sich an alle Hausarbeiterinnen - es geht um **IHRE Gesundheit** und **Zufriedenheit mit der Arbeit**. Um Maßnahmen für Sie gezielt planen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>nie</th> <th>manch- mal</th> <th>regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Putzen, Aufräumen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kinder/ Kindererziehung</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kochen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegefall in der Familie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Finanzielle Angelegenheiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige Tätigkeiten:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manch- mal	regel- mäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:.....</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu	stimme zu	teils- teils	lehne ab	lehne sehr ab
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



IHRE GESUNDHEIT LIEGT UNS AM HERZEN!



Liebe Mitarbeiterinnen des Otto Wagner Spitals!

Derzeit wird im Otto Wagner Spital das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtet sich an alle Hausarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen der Küche - es geht um **IHRE Gesundheit** und **Zufriedenheit mit der Arbeit**. Um Maßnahmen für Sie gezielt planen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**. Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind (z.B. im Juli, dann tragen Sie bitte „7“ ein):

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

I.

Wie alt sind Sie? Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

In welchem Land sind Sie geboren?
.....

Welche Staatsbürgerschaft(en) besitzen Sie?

Wie lange leben Sie schon in Österreich?
.....

Sind Sie derzeit...

- ledig
- verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft
- geschieden/ getrennt lebend
- verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja, (wie viele?.....)

Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)?

- PartnerIn/ Ehemann
- Kinder ⇨ Anzahl:
- Mutter
- Vater
- Schwiegermutter
- Schwiegervater
- sonstige Personen:

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Grundschule/ Volksschule
- Pflichtschule
- Lehre/ Mittlere Schule
- AHS/ BHS
- höhere Abschlüsse
- kein Abschluss

Sind Sie zu Hause zuständig für... ?

	ja	nein
Hausarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie zur Zeit...

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- wie viele Stunden?.....
- bei wie vielen ArbeitgeberInnen?.....

Wo sind Sie angestellt?

- Wiener Krankenanstaltenverbund
- Firma Manpower

Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?
.....

Ich arbeite als...

- Hausarbeiter/in
- Vorarbeiter/in
- Hausaufsicht
- Mitarbeiter/in der Küche
- Küchenleiter/in
- Sonstiges:

<p>II.</p> <p>Sind Sie mit Ihrer Arbeit hier zufrieden? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in dieser Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt?</p> <p>von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht?</p> <p>von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p>	<p>III.</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>überhaupt nicht</th> <th>manchmal</th> <th>oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bluthochdruck</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kreislaufstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schwindelgefühl</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Stechen in der Brust</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzbeschwerden</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Appetitmangel</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Probleme der Wirbelsäule</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gelenksbeschwerden</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Verdauungsprobleme</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Magenprobleme/-schmerzen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kopfschmerzen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Migräne</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hautprobleme</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hormonstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Menstruationsbeschwerden</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Wechselbeschwerden</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Harnwegsentzündungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schlafstörungen</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>ja</th> <th>nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Übergewicht/ Adipositas</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Rheuma</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Osteoporose</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Allergien</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Bronchitis/ Asthma</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Chronischer Husten</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Krebserkrankung</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gastritis</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">überhaupt nicht</th> <th>sehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>glücklich</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>ausgeglichen</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>schläfrig</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>wohl</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>unzufrieden</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>wach</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>angespannt</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>unglücklich</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>frisch</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>nervös</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>ruhig</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>ermattet</td><td><input type="radio"/> 1</td><td><input type="radio"/> 2</td><td><input type="radio"/> 3</td><td><input type="radio"/> 4</td><td><input type="radio"/> 5</td><td><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manchmal	oft	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stechen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Appetitmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hormonstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wechselbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Harnwegsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:					ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronischer Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt nicht					sehr	glücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ausgeglichen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	schläfrig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	wohl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	wach	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	angespannt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	unglücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	frisch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	nervös	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ruhig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ermattet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manchmal	oft																																																																																																																																																																																																																
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Stechen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Appetitmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Hormonstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Wechselbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Harnwegsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Chronischer Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																																																																																			
	überhaupt nicht					sehr																																																																																																																																																																																																													
glücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ausgeglichen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
schläfrig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
wohl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
unzufrieden	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
wach	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
angespannt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
unglücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
frisch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
nervös	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ruhig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ermattet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													

<p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr</td> </tr> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>Schlafmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>„Aufputzmittel“</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hormonpräparate</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p> <p>Wie häufig frühstücken Sie?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p> <p>Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p>		überhaupt nicht				sehr	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		überhaupt nicht				sehr oft	Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	„Aufputzmittel“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hormonpräparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p> <p>Achten Sie auf ausgewogene Ernährung? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten? (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie bewegen Sie sich im Alltag fort?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">nie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>mit dem Auto/ Motorrad/ Moped</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>mit dem Fahrrad</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>zu Fuß</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie häufig benützen Sie</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>Lift?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rolltreppe?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stiegen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie oft pro Woche treiben Sie Sport?</p> <p><input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-2 Mal <input type="radio"/> 3-4 Mal <input type="radio"/> mehr als 4 Mal</p> <p>Wenn ja: Welche Sportart(en)?</p> <p>.....</p> <p>Wie viele Stunden/Minuten treiben Sie Sport in einer typischen Woche?</p> <p>_____ Stunden _____ Minuten</p> <p>Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?</p> <p>Informationsveranstaltungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Themen:))</p> <p>Aktiv-/Bewegungsprogramme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welche:) (z.B. Wirbelsäulengymnastik)</p> <p>Gesundenuntersuchung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - GynäkologIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - ZahnärztIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - AugenärztIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung Mammographie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Sonstiges:</p>		nie				sehr oft	mit dem Auto/ Motorrad/ Moped	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit dem Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zu Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		überhaupt nicht				sehr oft	Lift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rolltreppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stiegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht				sehr																																																																																																																																																																																									
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	ja	nein																																																																																																																																																																																												
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
	überhaupt nicht				sehr oft																																																																																																																																																																																									
Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
„Aufputzmittel“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Hormonpräparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	nie				sehr oft																																																																																																																																																																																									
mit dem Auto/ Motorrad/ Moped	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
mit dem Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
zu Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	überhaupt nicht				sehr oft																																																																																																																																																																																									
Lift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Rolltreppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Stiegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									

<p>Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern? (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Wenn ja: Was wollen Sie verändern?</p> <p>.....</p> <p>Was hindert Sie daran?</p> <p>.....</p> <p>Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Wirbelsäulentraining <input type="radio"/> Gymnastik <input type="radio"/> Gewichtsabnahme <input type="radio"/> gesundheitsbewusste Ernährung <input type="radio"/> Information zu Stressabbau, Zeitmanagement <input type="radio"/> Nordic Walking <input type="radio"/> Sonstige: <p>IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ausge-</td> <td>sehr</td> <td></td> <td>weniger</td> <td></td> </tr> <tr> <td>zeichnet</td> <td>gut</td> <td>gut</td> <td>gut</td> <td>schlecht</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?</p> <p>Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	ausge-	sehr		weniger		zeichnet	gut	gut	gut	schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>V. An wen wenden Sie sich bei sicherheits-/ gesundheitsschutzbezogenen Problemen an ihrem Arbeitsplatz?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Vorgesetzten <input type="radio"/> Sicherheitsvertrauensperson <input type="radio"/> ArbeitsmedizinerIn; Betriebsarzt/-ärztin <input type="radio"/> Sicherheitsfachkraft <input type="radio"/> Sonstige: <p>Haben Sie an einer (oder mehrerer) Unterweisungen/ Schulungen zu einem der Themen teilgenommen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sicherheit am Arbeitsplatz <input type="radio"/> Personenschutz ausrüstung <input type="radio"/> Brandschutz/ Löschübung <input type="radio"/> Richtige Verwendung von Reinigungsmittel/ Desinfektionsmittel <input type="radio"/> Sonstige: <p>Wie oft verwenden Sie eine „persönliche Schutzausrüstung“?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>habe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>nie</td> <td>selten</td> <td>immer</td> <td>keine</td> </tr> <tr> <td>Augenschutz (Schutzbrille)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Handschutz (Handschuhe)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Lärm (Gehörschutz)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		habe					nie	selten	immer	keine	Augenschutz (Schutzbrille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Handschutz (Handschuhe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lärm (Gehörschutz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausge-	sehr		weniger																																																																																																																																																																																		
zeichnet	gut	gut	gut	schlecht																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																																	
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																																	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
	habe																																																																																																																																																																																				
	nie	selten	immer	keine																																																																																																																																																																																	
Augenschutz (Schutzbrille)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
Handschutz (Handschuhe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
Lärm (Gehörschutz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																	



IHRE GESUNDHEIT LIEGT UNS AM HERZEN!



Liebe Mitarbeiterinnen des Krankenhaus Floridsdorf!

Derzeit wird im Krankenhaus Floridsdorf das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtet sich an alle Abteilungshelferinnen, Küchenmitarbeiterinnen sowie Hausarbeiterinnen - es geht um **IHRE Gesundheit** und **Zufriedenheit mit der Arbeit**. Um Maßnahmen für Sie gezielt planen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">nie</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">manchmal</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">regelmäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Putzen, Aufräumen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kinder/ Kindererziehung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kochen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Pflegefall in der Familie</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Finanzielle Angelegenheiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Tätigkeiten:</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Vorarbeiterin/in <input type="radio"/> Abteilungshelfer/in <input type="radio"/> Küchenmitarbeiter/in <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich als Person anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manchmal	regelmäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manchmal	regelmäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen/ KüchenmitarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen/ KüchenmitarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III. Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Probleme mit Blutdruck</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Probleme der Wirbelsäule</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gelenksbeschwerden</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Verdauungsprobleme</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Magenprobleme/-schmerzen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kopfschmerzen/ Migräne</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hautprobleme</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:.....				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Übergewicht/ Adipositas</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Rheuma</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Osteoporose</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Allergien</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Bronchitis/ Asthma</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Einsamkeit</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Streit mit PartnerIn</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Stress/ zu wenig Zeit</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Konflikten am Arbeitsplatz</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>finanziellen Problemen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Streit in der Familie</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Streit mit FreundInnen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Erziehungsprobleme</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:.....</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Trennung / Scheidung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Tod einer nahestehenden Person</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schmerzmittel</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Blutdruck-Tabletten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige:</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:.....																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Liebe Mitarbeiterinnen des Wilhelminenspitals!

Derzeit wird im Wilhelminenspital das **Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtet sich an alle Abteilungshelferinnen - es geht um **IHRE Gesundheit** und **Zufriedenheit mit der Arbeit**. Um Maßnahmen für Sie gezielt planen zu können, bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl:</p> <p><input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">nie</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">manch- mal</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Putzen, Aufräumen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kinder/ Kindererziehung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kochen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Pflegefall in der Familie</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Finanzielle Angelegenheiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Tätigkeiten:</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Abteilungshelfer/in <input type="radio"/> Stationsschwester/ -pfleger <input type="radio"/> Oberschwester/ -pfleger <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manch- mal	regel- mäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten (Stationsschwester/ -pfleger) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten (Stationsschwester/ -pfleger) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausgezeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme stimme teils- lehne lehne
sehr zu zu teils ab sehr ab

Liebe Mitarbeiterinnen des AKH!

In den letzten Monaten wurde im AKH das **Gesundheitsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Jetzt wollen wir wissen, inwieweit unser Projekt Ihnen zugute kam. Dafür bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**. Der Fragebogen kann von **23.05. bis 29.05.12** an folgenden **Orten in insg. 2 Boxen eingeworfen** werden: **Portier, Haupteingang/ Lager, Ebene 3, Hr. Purgstaller.**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nie</th> <th>manchmal</th> <th>regelmäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Putzen, Aufräumen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kinder/ Kindererziehung</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kochen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegefall in der Familie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Finanzielle Angelegenheiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige Tätigkeiten:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Abteilungshelfer/in <input type="radio"/> Aufseher/in <input type="radio"/> Oberaufseher/in <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich als Person anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manchmal	regelmäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manchmal	regelmäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- Gesundenuntersuchung ja nein
- Kontrolluntersuchung - GynäkologIn ja nein
- Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn ja nein
- Kontrolluntersuchung - AugenärztIn ja nein
- Kontrolluntersuchung Mammographie ja nein

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

V.

Haben Sie von dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 gehört?

ja nein

Ich habe gehört/gelesen, dass ich an folgenden Veranstaltungen teilnehmen kann.

	ja	nein
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Tanz Dich gesund!“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikations- und Konflikttraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Ernährungsberatung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


Ich habe an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

	ja	nein	Warum ja? Warum nein?
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Tanz dich Gesund!“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikations- und Konflikttraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Ernährungsberatung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie mit dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 zufrieden?

 ja
  eher ja
  eher nein
  nein

Sind Sie mit dem Kursangebot des Projektes zufrieden?

 ja
  eher ja
  eher nein
  nein

Was hat Ihnen am Projekt besonders gefallen?

.....

Was hat Ihnen im Projekt gefehlt?

.....

Liebe Mitarbeiterinnen der Krankenanstalt Rudolfstiftung!

In den letzten Monaten wurde in der Krankenanstalt Rudolfstiftung das **Gesundheitsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dafür bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**. Der Fragebogen kann von **23.04. bis 04.05.12** an folgenden **Orten in insg. 2 Boxen eingeworfen** werden: in der **Garderobe** und beim **Arbeitsmedizinischen Dienst**. Herzlichen Dank, Ihr „Gesund arbeiten“-Team

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl:</p> <p><input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">nie</th> <th style="width: 15%;">manch- mal</th> <th style="width: 10%;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Putzen, Aufräumen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kinder/ Kindererziehung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kochen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Pflegefall in der Familie</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Finanzielle Angelegenheiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstige Tätigkeiten:</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manch- mal	regel- mäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt?</p> <p>von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht?</p> <p>von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit?</p> <p><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

V.

Haben Sie von dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 gehört?

ja nein


Ich habe gehört/gelesen, dass ich an folgenden Veranstaltungen teilnehmen kann.

	ja	nein
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Tanz dich gesund“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

	ja	nein	Warum ja? Warum nein?
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Tanz dich gesund“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie mit dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 zufrieden?

			
ja	eher ja	eher nein	nein

Sind Sie mit dem Kursangebot des Projektes zufrieden?

			
ja	eher ja	eher nein	nein

Was hat Ihnen am Projekt besonders gefallen?

.....

Was hat Ihnen im Projekt gefehlt?

.....



IHRE GESUNDHEIT LIEGT UNS AM HERZEN!



Liebe Mitarbeiterinnen des Otto Wagner Spitals!

In den letzten Monaten wurde im Otto Wagner Spital das **Gesundheitsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtete sich an alle Hausarbeiterinnen und Mitarbeiterinnen der Küche. Jetzt wollen wir wissen, inwieweit unser Projekt Ihnen zugute kam. Dafür bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind (z.B. im Juli, dann tragen Sie bitte „7“ ein):

Erster Buchstabe des Vornamens Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

I.

Wie alt sind Sie? Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

In welchem Land sind Sie geboren?

.....

Welche Staatsbürgerschaft(en) besitzen Sie?

Wie lange leben Sie schon in Österreich?

.....

Sind Sie derzeit...

- ledig
- verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft
- geschieden/ getrennt lebend
- verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja, (wie viele?.....)

Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)?

- PartnerIn/ Ehemann
- Kinder ⇨ Anzahl:
- Mutter
- Vater
- Schwiegermutter
- Schwiegervater
- sonstige Personen:

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Grundschule/ Volksschule
- Pflichtschule
- Lehre/ Mittlere Schule
- AHS/ BHS
- höhere Abschlüsse
- kein Abschluss

Sind Sie zu Hause zuständig für... ?

	ja	nein
Hausarbeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie zur Zeit...

- vollzeitbeschäftigt
- teilzeitbeschäftigt
- wie viele Stunden?.....
- bei wie vielen ArbeitgeberInnen?.....

Wo sind Sie angestellt?

- Wiener Krankenanstaltenverbund
- Firma Manpower

Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?

.....

Ich arbeite als...

- Hausarbeiter/in
- Vorarbeiter/in
- Hausaufsicht
- Mitarbeiter/in der Küche
- Küchenleiter/in
- Sonstiges:

<p>II.</p> <p>Sind Sie mit Ihrer Arbeit hier zufrieden? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Fühlen Sie sich wohl in dieser Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung <u>für Ihre Arbeit</u>? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt?</p> <p>von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht?</p> <p>von ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>vom Pflegepersonal <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit?</p> <p style="margin-left: 20px;"> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein </p>	<p>III.</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manchmal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bluthochdruck</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kreislaufstörungen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schwindelgefühl</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Stechen in der Brust</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herzbeschwerden</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Appetitmangel</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Probleme der Wirbelsäule</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gelenksbeschwerden</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Verdauungsprobleme</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Magenprobleme/-schmerzen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Kopfschmerzen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Migräne</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hautprobleme</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Hormonstörungen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Menstruationsbeschwerden</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Wechselbeschwerden</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Harnwegsentzündungen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schlafstörungen</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Übergewicht/ Adipositas</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Rheuma</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Osteoporose</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Allergien</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Bronchitis/ Asthma</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Chronischer Husten</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Diabetes</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Krebserkrankung</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Gastritis</td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td><td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th colspan="5" style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">sehr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>glücklich</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ausgeglichen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>schläfrig</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>wohl</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>unzufrieden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>wach</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>angespannt</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>unglücklich</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>frisch</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>nervös</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ruhig</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>ermattet</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 1</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 2</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 3</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> 5</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manchmal	oft	Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stechen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Appetitmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hormonstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wechselbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Harnwegsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:					ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Chronischer Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt nicht					sehr	glücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ausgeglichen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	schläfrig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	wohl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	unzufrieden	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	wach	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	angespannt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	unglücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	frisch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	nervös	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ruhig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>	ermattet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manchmal	oft																																																																																																																																																																																																																
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Kreislaufstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Schwindelgefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Stechen in der Brust	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Herzbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Appetitmangel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Hormonstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Menstruationsbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Wechselbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Harnwegsentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Schlafstörungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Chronischer Husten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Krebserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																																																																																			
	überhaupt nicht					sehr																																																																																																																																																																																																													
glücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ausgeglichen	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
schläfrig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
wohl	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
unzufrieden	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
wach	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
angespannt	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
unglücklich	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
frisch	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
nervös	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ruhig	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													
ermattet	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																																													

<p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr</td> </tr> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>Schlafmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>„Aufputzmittel“</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hormonpräparate</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Rauchen Sie?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p> <p>Wie häufig frühstücken Sie?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p> <p>Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p>		überhaupt nicht				sehr	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		überhaupt nicht				sehr oft	Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	„Aufputzmittel“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hormonpräparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?</p> <p><input type="radio"/> nie (warum nicht?.....)</p> <p><input type="radio"/> selten</p> <p><input type="radio"/> gelegentlich</p> <p><input type="radio"/> oft</p> <p><input type="radio"/> immer</p> <p>Achten Sie auf ausgewogene Ernährung? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten? (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)</p> <p><input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie bewegen Sie sich im Alltag fort?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">nie</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>mit dem Auto/ Motorrad/ Moped</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>mit dem Fahrrad</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>zu Fuß</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie häufig benützen Sie</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">überhaupt nicht</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">sehr oft</td> </tr> <tr> <td>Lift?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rolltreppe?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stiegen?</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie oft pro Woche treiben Sie Sport?</p> <p><input type="radio"/> nie <input type="radio"/> 1-2 Mal <input type="radio"/> 3-4 Mal <input type="radio"/> mehr als 4 Mal</p> <p>Wenn ja: Welche Sportart(en)?</p> <p>.....</p> <p>Wie viele Stunden/Minuten treiben Sie Sport in einer typischen Woche?</p> <p>_____ Stunden _____ Minuten</p> <p>Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?</p> <p>Informationsveranstaltungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Themen:))</p> <p>Aktiv-/Bewegungsprogramme <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welche:) (z.B. Wirbelsäulengymnastik)</p> <p>Gesundenuntersuchung <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - GynäkologIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - ZahnärztIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung - AugenärztIn <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Vorsorgeuntersuchung Mammographie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja</p> <p>Sonstiges:</p>		nie				sehr oft	mit dem Auto/ Motorrad/ Moped	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	mit dem Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	zu Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		überhaupt nicht				sehr oft	Lift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rolltreppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stiegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht				sehr																																																																																																																																																																																									
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	ja	nein																																																																																																																																																																																												
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																												
	überhaupt nicht				sehr oft																																																																																																																																																																																									
Schlafmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
„Aufputzmittel“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Hormonpräparate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	nie				sehr oft																																																																																																																																																																																									
mit dem Auto/ Motorrad/ Moped	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
mit der/ U-Bahn/ Straßenbahn/ Schnellbahn/ Bus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
mit dem Fahrrad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
zu Fuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
	überhaupt nicht				sehr oft																																																																																																																																																																																									
Lift?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Rolltreppe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									
Stiegen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																																									

<p>Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern? (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 </p> <p>Wenn ja: Was wollen Sie verändern?</p> <p>.....</p> <p>Was hindert Sie daran?</p> <p>.....</p> <p>Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Wirbelsäulentraining <input type="radio"/> Gymnastik <input type="radio"/> Gewichtsabnahme <input type="radio"/> gesundheitsbewusste Ernährung <input type="radio"/> Information zu Stressabbau, Zeitmanagement <input type="radio"/> Nordic Walking <input type="radio"/> Sonstige: <p>IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>ausge-</td> <td>sehr</td> <td></td> <td>weniger</td> <td></td> </tr> <tr> <td>zeichnet</td> <td>gut</td> <td>gut</td> <td>gut</td> <td>schlecht</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?</p> <p>Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	ausge-	sehr		weniger		zeichnet	gut	gut	gut	schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>stimme</td> <td>stimme</td> <td>teils-</td> <td>lehne</td> <td>lehne</td> </tr> <tr> <td>sehr zu</td> <td>zu</td> <td>teils</td> <td>ab</td> <td>sehr ab</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table> <p>V.</p> <p>Haben Sie von dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 gehört?</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Ich habe gehört/gelesen, dass ich an folgenden Veranstaltungen teilnehmen kann.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>ja</td> <td>nein</td> </tr> <tr> <td>Kick Off-Veranstaltung</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gesundheitszirkel</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kurs „Wirbelsäulengymnastik“</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kurs „Pilates“</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kurs „Kommunikationstraining“</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kurs „Stress und Gesundheit“</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	stimme	stimme	teils-	lehne	lehne	sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kurs „Pilates“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kurs „Stress und Gesundheit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausge-	sehr		weniger																																																																																																																																																																									
zeichnet	gut	gut	gut	schlecht																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
stimme	stimme	teils-	lehne	lehne																																																																																																																																																																								
sehr zu	zu	teils	ab	sehr ab																																																																																																																																																																								
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																								
	ja	nein																																																																																																																																																																										
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										
Kurs „Pilates“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										
Kurs „Stress und Gesundheit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																																										

Ich habe an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

	ja	nein	Warum ja? Warum nein?
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Pilates“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikation“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Stress und Gesundheit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie mit dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 zufrieden?



ja



eher ja



eher nein



nein

Sind Sie mit dem Kursangebot des Projektes zufrieden?



ja



eher ja



eher nein



nein

Was hat Ihnen am Projekt besonders gefallen?

.....

Was hat Ihnen im Projekt gefehlt?

.....



IHRE GESUNDHEIT LIEGT UNS AM HERZEN!



Liebe Mitarbeiterinnen des Krankenhaus Floridsdorf!

In den letzten Monaten wurde im der Krankenhaus Floridsdorf das **Gesundheitsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dafür bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**. Der Fragebogen kann von **11.06. bis 29.06.12** in **insg. 2 Boxen eingeworfen** werden: beim „**Portier – Krankenhaus**“ und „**Portier- Geriatriezentrum**“
Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

I.

Wie alt sind Sie? Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

In welchem Land sind Sie geboren?
.....

Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft?
 ja nein

Wie lange leben Sie schon in Österreich?
.....Jahre.....Monate

Sind Sie derzeit...
 ledig
 verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft
 geschieden/ getrennt lebend
 verwitwet

Haben Sie Kinder? nein ja, (wie viele?.....)

Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)?
 PartnerIn/ Ehemann
 Kinder ⇔ Anzahl:
 Mutter
 Vater
 Schwiegermutter
 Schwiegervater
 sonstige Personen:

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?
 Grundschule/ Volksschule
 Pflichtschule
 Lehre/ Mittlere Schule
 AHS/ BHS
 höhere Abschlüsse
 kein Abschluss

Sind Sie zu Hause zuständig für... ?

	nie	manchmal	regelmäßig
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie zur Zeit...
 vollzeitbeschäftigt
 teilzeitbeschäftigt

Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?
.....Jahre.....Monate

Ich arbeite als...
 Hausarbeiter/in
 Vorarbeiterin/in
 Abteilungshelfer/in
 Küchenmitarbeiter/in
 Sonstiges:

II.

Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit?
(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)
 1 2 3 4 5

Fühlen Sie sich als Person anerkannt?
(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr)
 1 2 3 4 5

Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit?
(1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft)
 1 2 3 4 5

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt?</p> <p>von HausarbeiterInnen nie selten gelegentlich oft immer ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von KüchenmitarbeiterInnen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht?</p> <p>von HausarbeiterInnen nie selten gelegentlich oft immer ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von KüchenmitarbeiterInnen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von AbteilungshelferInnen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>von Ihren Vorgesetzten ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>Vom Pflegepersonal, von Ärztin/-innen ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit?</p> <p>○ ja ○ nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht)</p> <p>○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Probleme mit Blutdruck</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Probleme der Wirbelsäule</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Gelenksbeschwerden</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Verdauungsprobleme</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Magenprobleme/-schmerzen</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Kopfschmerzen/ Migräne</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Hautprobleme</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Sonstiges:.....</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	○	○	○	Probleme der Wirbelsäule	○	○	○	Gelenksbeschwerden	○	○	○	Verdauungsprobleme	○	○	○	Magenprobleme/-schmerzen	○	○	○	Kopfschmerzen/ Migräne	○	○	○	Hautprobleme	○	○	○	Sonstiges:.....				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Übergewicht/ Adipositas</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Rheuma</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Osteoporose</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Allergien</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Bronchitis/ Asthma</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Schilddrüsenerkrankung</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht)</p> <p>○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Einsamkeit</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Streit mit PartnerIn</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Stress/ zu wenig Zeit</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Konflikten am Arbeitsplatz</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>finanziellen Problemen</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Streit in der Familie</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Streit mit FreundInnen</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Erziehungsprobleme</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Sonstiges:.....</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Trennung / Scheidung</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Tod einer nahestehenden Person</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Sonstiges:</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Schmerzmittel</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Blutdruck-Tabletten</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> <tr><td>Sonstige:</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td><td style="text-align: center;">○</td></tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie?</p> <p>○ nein ○ ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	○	○	Rheuma	○	○	Osteoporose	○	○	Allergien	○	○	Bronchitis/ Asthma	○	○	Schilddrüsenerkrankung	○	○	Herz-Kreislauf-Erkrankung	○	○	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	○	○	○	Streit mit PartnerIn	○	○	○	Stress/ zu wenig Zeit	○	○	○	Konflikten am Arbeitsplatz	○	○	○	finanziellen Problemen	○	○	○	Streit in der Familie	○	○	○	Streit mit FreundInnen	○	○	○	Erziehungsprobleme	○	○	○	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	○	○	○	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	○	○	○	Sonstiges:.....	○	○	○		ja	nein	Trennung / Scheidung	○	○	Tod einer nahestehenden Person	○	○	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	○	○	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	○	○	○	Schmerzmittel	○	○	○	Blutdruck-Tabletten	○	○	○	Sonstige:	○	○	○
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	○	○	○																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	○	○	○																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	○	○	○																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	○	○	○																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	○	○	○																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	○	○	○																																																																																																																																																
Hautprobleme	○	○	○																																																																																																																																																
Sonstiges:.....																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	○	○																																																																																																																																																	
Rheuma	○	○																																																																																																																																																	
Osteoporose	○	○																																																																																																																																																	
Allergien	○	○																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	○	○																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	○	○																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	○	○																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	○	○	○																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	○	○	○																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	○	○	○																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	○	○	○																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	○	○	○																																																																																																																																																
Streit in der Familie	○	○	○																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	○	○	○																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	○	○	○																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	○	○	○																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	○	○	○																																																																																																																																																
Sonstiges:.....	○	○	○																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	○	○																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	○	○																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	○	○																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	○	○	○																																																																																																																																																
Schmerzmittel	○	○	○																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	○	○	○																																																																																																																																																
Sonstige:	○	○	○																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausgezeichnet | sehr gut | gut | weniger gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme sehr zu | stimme zu | teils-teils | lehne ab | lehne sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

V.

Haben Sie von dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 gehört?

ja nein

Ich habe gehört/gelesen, dass ich an folgenden Veranstaltungen teilnehmen kann.

	ja	nein
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Gesunde Ernährung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

	ja	nein	Warum ja? Warum nein?
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Gesunde Ernährung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie mit dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 zufrieden?

ja
 eher ja
 eher nein
 nein

Sind Sie mit dem Kursangebot des Projektes zufrieden?

ja
 eher ja
 eher nein
 nein

Was hat Ihnen am Projekt besonders gefallen?

.....

Was hat Ihnen im Projekt gefehlt?

.....

Liebe Mitarbeiterinnen des Wilhelminenspitals!

In den letzten Monaten wurde im Wilhelminenspital das **Gesundheitsprojekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3** durchgeführt. Dieses Projekt richtete sich an alle Abteilungshelferinnen. Jetzt wollen wir wissen, inwieweit unser Projekt Ihnen zugute kam. Dafür bitten wir um Ihre Mithilfe! Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vorname Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

<p>I.</p> <p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p> <p>In welchem Land sind Sie geboren?</p> <p>Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>Wie lange leben Sie schon in Österreich?Jahre.....Monate</p> <p>Sind Sie derzeit... <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet/ in einer Lebensgemeinschaft <input type="radio"/> geschieden/ getrennt lebend <input type="radio"/> verwitwet</p> <p>Haben Sie Kinder? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, (wie viele?.....)</p> <p>Mit wem leben Sie in Ihrem Haushalt zusammen (Mehrfachnennungen möglich)? <input type="radio"/> PartnerIn/ Ehemann <input type="radio"/> Kinder ⇔ Anzahl: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Schwiegermutter <input type="radio"/> Schwiegervater <input type="radio"/> sonstige Personen:</p> <p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule/ Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre/ Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS/ BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss</p>	<p>Sind Sie zu Hause zuständig für... ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>nie</th> <th>manchmal</th> <th>regelmäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Putzen, Aufräumen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kinder/ Kindererziehung</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kochen</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Besuche, Einladungen, Feiern,...</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Pflegefall in der Familie</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Finanzielle Angelegenheiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Einfache handwerkliche Tätigkeiten</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige Tätigkeiten:</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Sind Sie zur Zeit... <input type="radio"/> vollzeitbeschäftigt <input type="radio"/> teilzeitbeschäftigt</p> <p>Wie lange arbeiten Sie schon in diesem Krankenhaus?Jahre.....Monate</p> <p>Ich arbeite als... <input type="radio"/> Hausarbeiter/in <input type="radio"/> Abteilungshelfer/in <input type="radio"/> Stationsschwester/ -pfleger <input type="radio"/> Oberschwester/ -pfleger <input type="radio"/> Sonstiges:</p> <p>II.</p> <p>Fühlen Sie sich wohl in Ihrer Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Fühlen Sie sich <u>als Person</u> anerkannt? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft erhalten Sie Dank bzw. Anerkennung für Ihre Arbeit? (1 = überhaupt nicht, 5 = sehr oft) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p>		nie	manchmal	regelmäßig	Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	nie	manchmal	regelmäßig																																										
Putzen, Aufräumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kinder/ Kindererziehung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Kochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einkäufe (z.B. Essen, Geschenke,..)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Anhören der Sorgen von Mann/ Kindern...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Besuche, Einladungen, Feiern,...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Pflegefall in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Finanzielle Angelegenheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Einfache handwerkliche Tätigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										
Sonstige Tätigkeiten:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																										

<p>Wie oft werden Sie in der Arbeit begrüßt? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten (Stationsschwester/ -pfleger) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Wie oft werden Sie in der Arbeit gefragt, wie es Ihnen geht? von Ihren KollegInnen nie selten gelegentlich oft immer <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von HausarbeiterInnen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 von Ihren Vorgesetzten (Stationsschwester/ -pfleger) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 vom Pflegepersonal, von Ärzten/-innen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Leiden Sie unter schwerer körperlicher Arbeit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <p>III.</p> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit körperlich wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Hatten Sie in den letzten 3 Monaten folgende Beschwerden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Probleme mit Blutdruck</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Probleme der Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Gelenksbeschwerden</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Verdauungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Magenprobleme/-schmerzen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Kopfschmerzen/ Migräne</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Hautprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		überhaupt nicht	manch- mal	oft	Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				<p>Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Übergewicht/ Adipositas</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Rheuma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Osteoporose</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Allergien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Bronchitis/ Asthma</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schilddrüsenerkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Herz-Kreislauf-Erkrankung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Fühlen Sie sich zur Zeit seelisch wohl? (Note 1 = sehr, Note 5 = überhaupt nicht) <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5</p> <p>Litten Sie in den letzten 4 Wochen unter?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">überhaupt- nicht</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">oft</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Einsamkeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit PartnerIn</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Stress/ zu wenig Zeit</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Konflikten am Arbeitsplatz</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>finanziellen Problemen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit in der Familie</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Streit mit FreundInnen</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Erziehungsprobleme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Hatten Sie im letzten halben Jahr folgende Belastungen?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trennung / Scheidung</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Tod einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstiges:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Nehmen Sie folgende Medikamente?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nie</th> <th style="text-align: center;">manch- mal</th> <th style="text-align: center;">regel- mäßig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlafmittel/ Beruhigungsmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzmittel</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Blutdruck-Tabletten</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Sonstige:</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Rauchen Sie? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja _____ Zigaretten durchschnittlich pro Tag</p>		ja	nein	Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				überhaupt- nicht	manch- mal	oft	Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		ja	nein	Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstiges:				nie	manch- mal	regel- mäßig	Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	überhaupt nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Probleme mit Blutdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Probleme der Wirbelsäule	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Gelenksbeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Verdauungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Magenprobleme/-schmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Hautprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	ja	nein																																																																																																																																																	
Übergewicht/ Adipositas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Osteoporose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Bronchitis/ Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schilddrüsenerkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Herz-Kreislauf-Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	überhaupt- nicht	manch- mal	oft																																																																																																																																																
Einsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit PartnerIn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Stress/ zu wenig Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Konflikten am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
finanziellen Problemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit in der Familie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Streit mit FreundInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Erziehungsprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Keine Möglichkeit für Kinderbetreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstiges:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
	ja	nein																																																																																																																																																	
Trennung / Scheidung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Tod einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Schwere Erkrankung oder Unfall einer nahestehenden Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																	
Sonstiges:																																																																																																																																																			
	nie	manch- mal	regel- mäßig																																																																																																																																																
Schlafmittel/ Beruhigungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Schmerzmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Blutdruck-Tabletten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																
Sonstige:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																																																																																																																																																

Wie häufig essen Sie ein richtiges (warmes) Mittagessen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Haben Sie genug Zeit und Ruhe zum Essen?

- nie (warum nicht?.....)
- selten
- gelegentlich
- oft
- immer

Glauben Sie, dass Sie Ihre Ernährungsgewohnheiten verändern sollten?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

An wie vielen Tagen pro Woche üben Sie körperliche Aktivitäten aus, z.B. schnelles Gehen, Wandern, Gartenarbeiten, Radfahren, ...?

- (Anzahl der Tage pro Woche):
- 1 2 3 4 5 6 7

Wie lange sind Sie durchschnittlich an jedem dieser Tage aktiv? (Angabe der Zeitdauer in Minuten)

.....Minuten

Wie viele Stunden in einer typischen Woche treiben Sie Sport?

- 0 Stunden
- 1-2 Stunden
- 3-5 Stunden
- mehr als 5 Stunden

Wenn ja: Welche Sportart(en)?

.....

Haben Sie im letzten Jahr an Gesundheitsangeboten teilgenommen?

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|
| Gesundenuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - GynäkologIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - ZahnärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung - AugenärztIn | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontrolluntersuchung Mammographie | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

Sonstiges:

Möchten Sie an Ihrem Gesundheitsverhalten etwas verändern?

- (1 = trifft überhaupt nicht zu, 5 = trifft völlig zu)
- 1 2 3 4 5

Wenn ja: Was wollen Sie verändern?

.....

Was hindert Sie daran?.....

Welche Gesundheitsangebote würden Sie besonders interessieren?

- Wirbelsäulentraining
- Gymnastik
- Gewichtsabnahme
- Gesundheitsbewusste Ernährung
- Information zu Stressabbau, Zeitmanagement
- Nordic Walking
- Sonstige:

IV.

Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| ausge-
zeichnet | sehr
gut | gut | weniger
gut | schlecht |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Zum Schluss folgen einige Aussagen darüber, was über Gesundheit und Krankheit entscheidet. Wie sehr stimmen Sie diesen Aussagen zu?

Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Ich habe meine Gesundheit in meiner eigenen Hand.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Es liegt vor allen an mir selbst, wie schnell ich bei einer Krankheit gesund werde.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/ die Ärztin mir sagt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

ÄrztInnen bestimmen meine Gesundheit.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt/ Hausärztin beraten lässt.

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| stimme
sehr zu | stimme
zu | teils-
teils | lehne
ab | lehne
sehr ab |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Meine Gesundheit ist hauptsächlich eine Frage von guter Veranlagung und Glück.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in erster Linie durch reines Glück bestimmt.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

Ob ich gesund bleibe, ist eine Frage zufälliger Ereignisse.

stimme sehr zu stimme zu teils-teils lehne ab lehne sehr ab

V.

Haben Sie von dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 gehört?

ja nein

Ich habe gehört/gelesen, dass ich an folgenden Veranstaltungen teilnehmen kann.

	ja	nein
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Konfliktmanagement“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Ernährungsberatung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Stress abbauen und psychische Gesundheit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ich habe an folgenden Veranstaltungen teilgenommen.

	ja	nein	Warum ja? Warum nein?
Kick Off-Veranstaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitszirkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Wirbelsäulengymnastik“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Kommunikationstraining“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Konfliktmanagement“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Ernährungsberatung“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurs „Stress abbauen und psychische Gesundheit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sind Sie mit dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 zufrieden?


 
 
 
 ja eher ja eher nein nein

Sind Sie mit dem Kursangebot des Projektes zufrieden?


 
 
 
 ja eher ja eher nein nein

Was hat Ihnen am Projekt besonders gefallen?

.....

Was hat Ihnen im Projekt gefehlt?

.....

IMPULS-Test¹

Nachfolgend finden Sie insgesamt 26 Fragen zu Ihren Arbeitsbedingungen. Bitte wählen Sie bei jeder Frage aus den fünf Antwortmöglichkeiten diejenige aus, die Ihre Situation am besten beschreibt. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie bitte alle Fragen!

	1 sehr wenig	2 ziemlich wenig	3 etwas	4 ziemlich viel	5 sehr viel
1. Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wieviel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Können Sie Ihre Arbeit selbständig planen und einteilen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	1 trifft gar nicht zu	2 trifft wenig zu	3 trifft mittelmäßig zu	4 trifft überwiegend zu	5 trifft völlig zu
4. Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt häufig wechselnde, unterschiedliche Arbeitsaufgaben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Ich kann mich auf meine KollegInnen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Ich kann mich auf meinen direkten Vorgesetzten/meine direkte Vorgesetzte verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Man hält in der Abteilung gut zusammen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Diese Arbeit erfordert enge Zusammenarbeit mit anderen Leuten im Betrieb.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich kann mich während der Arbeit mit verschiedenen KollegInnen über dienstliche und private Dinge unterhalten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ HerausgeberInnen: Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeiterkammer, Österreichischer Gewerkschaftsbund; Redaktion: human-ware GmbH

	1 trifft gar nicht zu	2 trifft wenig zu	3 trifft mittel- mäßig zu	4 trifft über- wiegend zu	5 trifft völlig zu
14. Ich bekomme von Vorgesetzten und KollegInnen immer Rückmeldungen über die Qualität meiner Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Es werden zu hohe Anforderung an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Ich stehe häufig unter Zeitdruck.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich habe zuviel Arbeit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel (z.B. Computer, Werkzeug, ...) nicht zur Verfügung.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Ich werde bei meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen (z.B. durch das Telefon).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen wie Lärm, Klima, Staub.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Über wichtige Dinge und Vorgänge in unserem Betrieb sind wir ausreichend informiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Die Leitung des Betriebes ist bereit, die Ideen und Vorschläge der ArbeitnehmerInnen zu berücksichtigen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Unsere Firma bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Förderung durch:





Liebe Frauen,

Da uns Ihre persönliche Meinung sehr wichtig ist, bitten wir Sie, uns im Folgenden einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank!

Ihr „Gesund arbeiten“ Team

Datum:

Geburtsjahr:

Geschlecht: w m

Arbeitsstelle:

Ich arbeite als: Hausarbeiterin MA der Küche Abteilungshelferin

Aktuell besuchter Kurs:

LeiterIn:

Welche „**Schulnote**“ geben Sie rückblickend dem **Kurs** insgesamt?

① Sehr gut ② gut ③ befriedigend ④ genügend ⑤ nicht genügend

Haben Sie neue **Kenntnisse und Fertigkeiten** durch den Kurs gewonnen?

 ja  eher ja  eher nein  nein

Ich war mit der **Kursleiterin** zufrieden

 ja  eher ja  eher nein  nein

Haben Sie sich **in der Gruppe** wohl gefühlt?

 ja  eher ja  eher nein  nein

Gibt es abschließend noch etwas, was Sie uns gerne mitteilen würden?

.....
.....

SCHULUNG VON GESUNDHEITSMULTIPLIKATORINNEN



Liebe Mitarbeiterinnen des **Name des Krankenhauses**!

Sie haben heute an einer Schulung für Gesundheitsmultiplikatorinnen im FEM Süd teilgenommen. Wir möchten nun gerne wissen, wie Ihnen diese Schulung gefallen hat. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen. Bitte **keinen Namen** angeben, alle Angaben sind **vertraulich**.

Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Der Monat, in dem Sie geboren sind:

Der Vornamen Ihrer Mutter:

Ihre Schuhgröße:

Wie alt sind Sie? Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
In welchem Land sind Sie geboren?	Wie lange leben Sie schon in Österreich? Jahre Monate
Haben Sie die österreichische Staatsbürgerschaft? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Was ist Ihr höchster Schulabschluss? <input type="radio"/> Grundschule / Volksschule <input type="radio"/> Pflichtschule <input type="radio"/> Lehre / Mittlere Schule <input type="radio"/> AHS / BHS <input type="radio"/> höhere Abschlüsse <input type="radio"/> kein Abschluss
In welchem Bereich arbeiten Sie? <input type="radio"/> AbteilungshelferIn <input type="radio"/> HausarbeiterIn <input type="radio"/> KüchenmitarbeiterIn	

Waren Sie mit der Schulung zufrieden?	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Ich war mit der Schulung zufrieden.	0	0	0	0	0
Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.	0	0	0	0	0
Der Besuch der Schulung war gut für mich.	0	0	0	0	0
Ich habe heute viel gelernt.	0	0	0	0	0
Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Meine Erwartungen an die Schulung wurden erfüllt.	0	0	0	0	0
Alle wichtigen Themen wurden besprochen.	0	0	0	0	0
Ich habe mir die Schulung anders vorgestellt.	0	0	0	0	0
Sagen Sie uns bitte, was Ihnen gefehlt hat:					

Ich fühle mich gut informiert über die Themen:	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Gesunde Ernährung	0	0	0	0	0
Stressabbau	0	0	0	0	0
Lösen von Konflikten	0	0	0	0	0
Ansprechstellen bei Problemen (Gewalt, Wohnung, Visum...)	0	0	0	0	0
Bei wem ich mich privat aussprechen kann	0	0	0	0	0
Bei wem ich mich beruflich aussprechen kann	0	0	0	0	0
Wichtige Vorsorgeuntersuchungen	0	0	0	0	0
Wie ich Kolleginnen zuhören und helfen kann	0	0	0	0	0
Wie ich selbst Gesundheitsförderungsangebote einführen kann	0	0	0	0	0

Das Projekt wird gefördert von: Fonds Gesundes Österreich, Wiener Krankenanstaltenverbund, Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH

WORKSHOP „GESUNDES FÜHREN“



Liebe Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!

Sie haben heute an dem Workshop „Gesundes Führen“ aus dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 teilgenommen. Wir möchten nun gerne wissen, wie Ihnen dieser Workshop gefallen hat. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen. Alle Angaben sind selbstverständlich **anonym** und werden **vertraulich** behandelt. Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

Wie alt sind Sie? Jahre	Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich
In welchem Bereich arbeiten Sie?	Was ist Ihr höchster Schulabschluss?
<input type="radio"/> Leitungsfunktion Bereich Hausarbeiter/innen oder Küchenpersonal	<input type="radio"/> Grundschule / Volksschule
<input type="radio"/> Leitungsfunktion Bereich Abteilungshelfer/innen	<input type="radio"/> Pflichtschule
Wie lange sind Sie in dieser Position?	<input type="radio"/> Lehre / Mittlere Schule
..... Jahre Monate	<input type="radio"/> AHS / BHS
Wie lange sind Sie in diesem Unternehmen?	<input type="radio"/> höhere Abschlüsse
..... Jahre Monate	<input type="radio"/> kein Abschluss

Waren Sie mit der Schulung zufrieden?	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Ich war mit der Schulung zufrieden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Besuch der Schulung war gut für mich.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe heute viel gelernt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Meine Erwartungen an die Schulung wurden erfüllt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle wichtigen Themen wurden besprochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe mir die Schulung anders vorgestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sagen Sie uns bitte, was Ihnen gefehlt hat:				
.....					
Ich fühle mich gut informiert über die Themen:	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Faktoren gesundheitsförderlicher u. altersgerechter Führung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umgang mit belasteten u. gefährdeten MitarbeiterInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zusammenhänge zwischen Führungsverhalten und Gesundheit/ Wohlbefinden der MitarbeiterInnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ressourcen und Belastungen am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Das Projekt wird gefördert von: Fonds Gesundes Österreich, Wiener Krankenanstaltenverbund, Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH

WORKSHOP „Gesundheitsförderung für jede und jeden?“



Sie haben heute an dem Workshop „Gesundheitsförderung für jede und jeden? – Es geht!“ aus dem Projekt „Gesund arbeiten ohne Grenzen“ 3 teilgenommen. Wir möchten nun gerne wissen, wie Ihnen dieser Workshop gefallen hat. Bitte beantworten Sie deshalb die folgenden Fragen. Alle Angaben sind selbstverständlich **anonym** und werden **vertraulich** behandelt. Herzlichen Dank, **Ihr „Gesund arbeiten“-Team**

<p>Wie alt sind Sie? Jahre</p> <p>In welchem Bereich arbeiten Sie?</p> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p>Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich</p>	<p>Was ist Ihr höchster Schulabschluss?</p> <p><input type="radio"/> Grundschule / Volksschule</p> <p><input type="radio"/> Pflichtschule</p> <p><input type="radio"/> Lehre / Mittlere Schule</p> <p><input type="radio"/> AHS / BHS</p> <p><input type="radio"/> höhere Abschlüsse</p> <p><input type="radio"/> kein Abschluss</p>
--	---

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft voll zu
Waren Sie mit der Schulung zufrieden?					
Ich war mit der Schulung zufrieden.	0	0	0	0	0
Meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.	0	0	0	0	0
Der Besuch der Schulung war gut für mich.	0	0	0	0	0
Ich habe heute viel gelernt.	0	0	0	0	0
Ich kann die Erkenntnisse der Schulung in meinem beruflichen Alltag anwenden.	0	0	0	0	0
Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?					
Meine Erwartungen an die Schulung wurden erfüllt.	0	0	0	0	0
Alle wichtigen Themen wurden besprochen.	0	0	0	0	0
Ich habe mir die Schulung anders vorgestellt.	0	0	0	0	0
Sagen Sie uns bitte, was Ihnen gefehlt hat:				
.....					
Ich fühle mich gut informiert über die Themen:					
Soziodemografie von Frauen in Niedriglohnbranchen	0	0	0	0	0
Psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz von Frauen in Niedriglohnbranchen	0	0	0	0	0
Methoden zur Erreichung der Zielgruppe	0	0	0	0	0
Methoden zur Einbeziehung der Zielgruppe	0	0	0	0	0
Methoden zur Gewährleistung von Nachhaltigkeit	0	0	0	0	0

Das Projekt wird gefördert von: Wiener Krankenanstaltenverbund, Fonds Gesundes Österreich, Wiener Gesundheitsförderung gemeinnützige GmbH