

MITARBEITERINNENBEFRAGUNG

Identifikationsnummer: _____

Datum: _____

Anleitung zum Ausfüllen des Fragebogens:

Kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die Ihre Meinung am besten wiedergibt. Dabei gibt es keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten. Falls ein angesprochener Themenbereich überhaupt nicht auf Ihre persönliche Arbeitssituation zutrifft, kreuzen Sie die Antwort «trifft nicht zu» an.

Um eine irrtümlich angekreuzte Antwort zu korrigieren, streichen Sie Ihre Antwort einfach durch und kreuzen Sie das gewünschte Feld an.

Bitte beantworten Sie alle Fragen.

I. Gesundes Arbeiten

KMU-vital Gesundheitsförderung Schweiz

1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeit

1.1 Ist Ihre Arbeit in den letzten zwei Jahren anstrengender geworden?	
Ja, und zwar...	
... mengenmäßig mehr	<input type="radio"/>
... komplizierter, mit höheren Anforderungen	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>

1.2 Wie oft ist es in den letzten vier Arbeitswochen vorgekommen, dass Sie...	Nie	Selten	Oft	Immer
1.2.1 ...mit richtiger Freude gearbeitet haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.2 ...durch Ihre Arbeit Anerkennung bekommen haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.3 ...stolz auf Ihre Arbeit waren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2.4 ...sich mit Ihrem Unternehmen besonders verbunden gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1.3 Und wie oft ist es in den letzten vier Arbeitswochen vorgekommen, dass Sie...	Nie	Selten	Oft	Immer
1.3.1 ...sich nach der Arbeit leer und ausgebrannt gefühlt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3.2 ...sich auch in Ihrer arbeitsfreien Zeit <u>nicht</u> richtig erholen konnten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3.3 ...Ihre Arbeitssituation als frustrierend erlebt haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3.4 ...mit einem flauen Gefühl an Ihre berufliche Zukunft gedacht haben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Körperliche Beanspruchung und Arbeitsumgebung

2.1 Wie empfinden Sie Ihren Arbeitsplatz in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
2.1.1 Körperliche Anstrengungen (z.B. Tragen/Heben von schweren Gegenständen)	<input type="radio"/>					
2.1.2 Gleichbleibende Körperhaltung/Zwangshaltungen	<input type="radio"/>					
2.1.3 Verfügbare oder funktionsfähige Arbeitsmittel (z.B. Werkzeuge, Geräte, Computer)	<input type="radio"/>					
2.1.4 Raum-/Platzverhältnisse am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>					
2.1.5 Gefahren am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>					

2.2 Wie häufig treten an Ihrem Arbeitsplatz folgende Anforderungen auf:	Nie	Kaum	Manchmal	Häufig	Ständig
2.2.1 Stehen	<input type="radio"/>				
2.2.2 lange Laufwege	<input type="radio"/>				
2.2.3 Arbeiten in gebückter Haltung	<input type="radio"/>				
2.2.4 Arbeiten auf Knien oder in der Hocke	<input type="radio"/>				
2.2.5 Arbeit über Kopf	<input type="radio"/>				

2.3 Wie empfinden Sie die Umwelteinflüsse an Ihrem Arbeitsplatz in Bezug auf:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
2.3.1 Lärm	<input type="radio"/>					
2.3.2 Temperatur	<input type="radio"/>					
2.3.3 Vibrationen	<input type="radio"/>					
2.3.4 Beleuchtung	<input type="radio"/>					
2.3.5 Staub, Gas und Rauch	<input type="radio"/>					

3. Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen

3.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
3.1.1 Zeitdruck	<input type="radio"/>					
3.1.2 Taktgebundenheit	<input type="radio"/>					
3.1.3 häufige Wiederholung gleicher Tätigkeiten	<input type="radio"/>					
3.1.4 Konzentrationsanforderungen	<input type="radio"/>					

3.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
3.1.5 Vielfalt an Aufgaben/Tätigkeiten	<input type="radio"/>					
3.1.6 Selbstständige Einteilung der Arbeit	<input type="radio"/>					
3.1.7 Verantwortung (z.B. für Material, Personal)	<input type="radio"/>					
3.1.8 Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen	<input type="radio"/>					

4. Arbeitszeit und Freizeit

4.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
4.1.1 3-Schichtarbeit	<input type="radio"/>					
4.1.2 Wechselschicht	<input type="radio"/>					
4.1.3 Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Freizeit	<input type="radio"/>					

5. Unternehmensleistungen

5.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
5.1.1 Qualifizierungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>					
5.1.2 Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und Weiterbildung	<input type="radio"/>					
5.1.3 Sicherheit, den Arbeitsplatz behalten zu können	<input type="radio"/>					
5.1.4 Bezahlung/Entlohnung	<input type="radio"/>					
5.1.5 Sozialleistungen (z.B. Altersvorsorge)	<input type="radio"/>					

6. Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung

6.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
6.1.1 Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen	<input type="radio"/>					
6.1.2 Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern	<input type="radio"/>					
6.1.3 Mitsprachemöglichkeiten bei betrieblichen Entscheidungen	<input type="radio"/>					
6.1.4 Einflussmöglichkeit bei Problemen am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>					

7. Zufriedenheit mit Führungsstil der direkten Vorgesetzten

7.1 Wie empfinden Sie den Führungsstil des/der direkten Vorgesetzten in Bezug auf:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
7.1.1 Rückmeldung über die geleistete Arbeit	<input type="radio"/>					
7.1.2 Anerkennung der persönlichen Leistung	<input type="radio"/>					
7.1.3 Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>					

8. Betriebsklima

8.1 Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
8.1.1 Gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung unter den Arbeitskollegen	<input type="radio"/>					
8.1.2 Konfliktbewältigung unter den Arbeitskollegen	<input type="radio"/>					
8.1.3 Arbeitsklima im Team	<input type="radio"/>					

9. „Ich und das Unternehmen“

9.1 Wie schätzen Sie ein:	Sehr schlecht	Ziemlich schlecht	Es geht so	Ziemlich gut	Sehr gut	Trifft nicht zu
9.1.1 Ihre Arbeitsmotivation	<input type="radio"/>					
9.1.2 Ihre Verbundenheit/Identifikation mit dem Unternehmen	<input type="radio"/>					
9.1.3 Ihre Zufriedenheit mit der Arbeit	<input type="radio"/>					

10. Körperliche Beschwerden

10.1 <u>Wie oft</u> hatten Sie in den letzten 12 Monaten folgende Beschwerden?	ständig	häufig	manchmal	selten	nie
10.1.1 Kopfschmerzen	<input type="radio"/>				
10.1.2 Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="radio"/>				
10.1.3 Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>				
10.1.4 Gelenk- oder Gliederschmerzen	<input type="radio"/>				
10.1.5 Schlaflosigkeit, Schlafstörungen	<input type="radio"/>				
10.1.6 Appetitlosigkeit, Magenbeschwerden, Verdauungsstörungen	<input type="radio"/>				
10.1.7 Hautprobleme/Hauterkrankungen, Juckreiz	<input type="radio"/>				
10.1.8 Augenprobleme: Brennen, Rötung, Jucken, Tränen der Augen	<input type="radio"/>				

11. Gefühlszustand

11.1 <u>Wie oft</u> empfanden Sie in letzter Zeit folgende Gefühle und Stimmungen?	ständig	häufig	manchmal	selten	nie
11.1.1 Zuversicht, Lebensfreude	<input type="radio"/>				
11.1.2 Energielosigkeit, Erschöpftheit, allgemeine Unlust	<input type="radio"/>				
11.1.3 Ausgeglichenheit	<input type="radio"/>				
11.1.4 Nach der Arbeit nicht abschalten können	<input type="radio"/>				
11.1.5 Selbstvertrauen	<input type="radio"/>				
11.1.6 Angst vor Fehlern, vor dem Versagen	<input type="radio"/>				

12. Langfristige Ausübung der Tätigkeit

12.1 Bitte denken Sie noch einmal an Ihre Arbeit und Ihren Gesundheitszustand: Meinen Sie, dass Sie unter den derzeitigen Anforderungen Ihre jetzige Tätigkeit bis zum Rentenalter ausüben können?	
Ja, wahrscheinlich	<input type="radio"/>
Nein, wahrscheinlich nicht	<input type="radio"/>
Weiß nicht	<input type="radio"/>

13. Gestaltungsmöglichkeiten

13.1 Um Arbeitsbelastungen abzubauen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten. Kreuzen Sie bitte die Handlungsfelder an, die Sie persönlich besonders wichtig finden, wo mehr getan werden sollte, damit man langfristig gesund und leistungsfähig bleibt:	
13.1.1 Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	<input type="radio"/>
13.1.2 Verbesserung der Arbeitsumgebungsbedingungen (z.B. bessere Beleuchtung, Lärmschutz, usw.)	<input type="radio"/>
13.1.3 Rotation/Belastungswechsel	<input type="radio"/>
13.1.4 Qualifizierung und verbesserte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten	<input type="radio"/>
13.1.5 Pausengestaltung (z.B. Ermöglichung von „Mikropausen“ am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>
13.1.6 Flexible Gestaltung der Arbeitszeit (Verkürzung oder veränderte Lage der Arbeitszeit)	<input type="radio"/>
13.1.7 Veränderung des Schichtarbeitsmodells	<input type="radio"/>
13.1.8 Gesundheitsförderliches Arbeitsverhalten	<input type="radio"/>
13.1.9 Gesundheitsprogramme (z.B. Fitnesstraining)	<input type="radio"/>
13.1.10 Sonstiges:	

II. Work Ability Index (WAI)

14 Sind Sie bei Ihrer Arbeit ...	
vorwiegend geistig tätig?	<input type="radio"/>
vorwiegend körperlich tätig?	<input type="radio"/>
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	<input type="radio"/>

15 Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit									
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind.)									
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Völlig arbeitsunfähig	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

16 Arbeitsfähigkeit in Bezug zu den Arbeitsanforderungen	Sehr gut	Eher gut	Mittelmäßig	Eher schlecht	Sehr schlecht
16.1 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/>				
16.2 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?	<input type="radio"/>				

17 Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten <i>Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.</i>	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
17.1 Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.4 Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.5 psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.6 neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.7 Erkrankungen des Verdauungssystems z.B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17 Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten <i>Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.</i>	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
17.8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.10 Tumore / Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.11 Hormon-/Stoffwechselerkrankungen z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.13 angeborene Erkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.14 andere Leiden oder Krankheiten: Welche? (bitte eintragen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18 Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten <i>Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit? Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.</i>	
Keine Beeinträchtigung./Ich habe keine Erkrankung.	<input type="radio"/>
Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden.	<input type="radio"/>
Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.	<input type="radio"/>
Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.	<input type="radio"/>
Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten.	<input type="radio"/>
Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.	<input type="radio"/>

19 Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate) <i>Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?</i>	
überhaupt keinen	<input type="radio"/>
höchstens 9 Tage	<input type="radio"/>
10 – 24 Tage	<input type="radio"/>
25 – 99 Tage	<input type="radio"/>
100 – 365 Tage	<input type="radio"/>

20 Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren. <i>Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?</i>	
unwahrscheinlich	<input type="radio"/>
nicht sicher	<input type="radio"/>
ziemlich sicher	<input type="radio"/>

21 Psychische Leistungsreserven	Häufig/ Immer/ Ständig	Eher häufig	Manch- mal	Eher selten	Niemals
21.1 Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?	○	○	○	○	○
21.2 Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?	○	○	○	○	○
21.3 Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?	○	○	○	○	○

III. International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) Booth, M.L. (2000)

Folgende Fragen beziehen sich auf körperliche Betätigungen während der letzten sieben Tage. Die Fragen beziehen sich auf Ihre körperlichen Betätigungen bei der Arbeit, bei der Haus- und Gartenarbeit, in der Freizeit, zum Sport oder um von einem Ort zum anderen zu gelangen.

Denken Sie nun an alle intensiven körperlichen Betätigungen, die mit größerer Anstrengung verbunden sind und Ihre Atmung verstärken. Berücksichtigen Sie nur die Betätigungen, die Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben. Beispiele für intensive körperliche Betätigungen sind: Laufen, schnelles oder ausdauerndes Radfahren, schnelles Schwimmen, Bergwandern oder Tätigkeiten mit Laufen, wie zum Beispiel Fußballspielen, größere Pakete oder Gepäckstücke die Treppe hoch tragen.

22. Wie lange haben Sie in der **letzten sieben Tage** in Summe **intensive körperliche Betätigungen** ausgeführt, wie z.B. schwere Gegenstände heben, Graben, Aerobic oder Jogging?

_____ **Stunden** _____ **Minuten pro Tag**

Denken Sie jetzt an körperliche Betätigungen, die mäßig anstrengend sind und Sie leicht stärker atmen lassen. Berücksichtigen Sie nur die Betätigungen, die Sie mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt haben. Beispiele für mäßig intensive körperliche Betätigungen sind: Gewöhnliches Radfahren, gewöhnliches Schwimmen oder ein Tennis-Doppel-Spiel, Tragen von leichten Gewichten, Treppen steigen. Nicht hinzuzuzählen ist der Spaziergang.

23. Wie lange haben Sie in den **letzten sieben Tagen** in Summe **mäßig intensive Betätigungen** ausgeführt?

_____ **Stunden** _____ **Minuten pro Tag**

Denken Sie an die Zeit, die Sie während der letzten sieben Tage für das Gehen aufgewendet haben. Dazu zählen das Gehen während der Arbeit, in der Schule, zu Hause, um von einem Ort an den anderen zu gelangen, das Spazierengehen oder das Gehen in der Freizeit.

24. Wie lange sind Sie in den **letzten sieben Tagen gegangen**?

_____ **Stunden** _____ **Minuten pro Tag**

25. An wie vielen Tagen üben Sie während einer üblichen Woche muskelkräftigende Aktivitäten aus? Unter muskelkräftiger Bewegung sind körperliche Aktivitäten zu verstehen, bei denen das eigene Körpergewicht (z. B. Liegestütz), Gewichte oder andere Hilfsmittel (z. B. Thera-Band) als Widerstand eingesetzt werden.

- nie
- seltener als 1 pro Woche
- 1 pro Woche
- 2 pro Woche
- öfter als 2 pro Woche

IV. Ernährungsfragebogen

Bitte geben Sie an wie oft sie folgende Lebensmittel essen bzw. trinken. Eine Portion entspricht dem Bild.

Lebensmitteln		Entspricht einer Portion	Täglich		Pro Woche				nie
			2x od. öfter	1x	5-6 x	2-4 x	1x	Weniger als 1x	
26.1	Milch oder Molkegetränk		<input type="radio"/>						
26.2	Käse (Schnitt- oder Weichkäse)		<input type="radio"/>						
26.3	Milchprodukte (Frisch-, Hüttenkäse, Joghurt, Topfen)		<input type="radio"/>						
26.4	Fleisch (Pute, Hendl, Schwein, Kalb, Rind, Lamm)		<input type="radio"/>						
26.5	Wurstwaren (Schinken, Salami, Würstl)		<input type="radio"/>						
26.6	Fisch (Lachs, Scholle, Forelle, Zander, Karpfen, Thunfisch und andere)		<input type="radio"/>						
26.7	Ei (inklusive der in Speisen enthaltenen Eier)		<input type="radio"/>						
26.8	Hülsenfrüchte (Bohnen, Linsen, Sojabohnen, Erbsen)		<input type="radio"/>						
26.9	Nüsse, Kerne, Samen		<input type="radio"/>						
26.10	Vollkorn-, Schwarz- oder Mischbrot		<input type="radio"/>						
26.11	Weißbrot oder Semmel		<input type="radio"/>						
26.12	Kartoffeln		<input type="radio"/>						
26.13	Getreideprodukte (Nudeln, Reis, Spätzle, Haferflocken, Müsli)		<input type="radio"/>						
26.14	Gemüse (Zucchini, Tomaten, Gurke)		<input type="radio"/>						
26.15	Salat		<input type="radio"/>						

Lebensmitteln		Entspricht einer Portion	Täglich		Pro Woche				nie
			2x od. öfter	1x	5-6 x	2-4 x	1x	Weniger als 1x	
26.16	Obst		<input type="radio"/>						
26.17	Tierisches Fett (Butter, Schmalz, Margarine, Majonäse)		<input type="radio"/>						
26.18	Pflanzliche Öle (Rapsöl, Olivenöl)		<input type="radio"/>						
26.19	Fast Food (Burger, Kebap, Hot Dog, Pommes Frites)		<input type="radio"/>						
26.20	Salzige Knabberlein (Chips, Salzstangen)		<input type="radio"/>						
26.21	Süßigkeiten (Schokolade, Marmelade) Backwaren, Kuchen		<input type="radio"/>						
26.22	Wasser, Mineralwasser, Fruchtsäfte gespritzt		<input type="radio"/>						
26.23	Limonaden (mit Zucker od Süßstoff), Fruchtsäfte		<input type="radio"/>						
26.24	Kaffee, koffeinhaltige Tees (grüner, schwarzer Tee), Energy Drinks		<input type="radio"/>						
26.25	Alkoholische Getränke (Bier, Wein, etc.)		<input type="radio"/>						

V. Stages of Change bezüglich Ernährungs- und Bewegungsverhalten

27.1 Bewegungsverhalten		Ja	Nein
27.1.1	Körperliche Aktivität beinhaltet z.B. schnelles Spaziergehen, Laufen, Schwimmen, Radfahren und andere Bewegungsformen, die zumindest ebenso intensiv sind. Würden Sie sich in diesem Sinne als körperlich aktiv bezeichnen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.1.2	Haben Sie vor, im nächsten Jahr vermehrt körperlich aktiv zu werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.1.3	Regelmäßige körperliche Aktivität bedeutet, dass man pro Woche zumindest 2 ½ Stunden aktiv ist – egal, wie das über die Woche aufgeteilt ist. Sind Sie in diesem Ausmaß derzeit regelmäßig körperlich aktiv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.1.4	Waren Sie in diesem Ausmaß im letzten halben Jahr regelmäßig körperlich aktiv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nach den Empfehlungen von Ernährungswissenschaftlern ist eine gesunde Ernährung möglichst abwechslungsreich. Dies bedeutet, dass Sie auch häufig Lebensmittel wie Obst, Gemüse, Getreideprodukte, Milchprodukte usw. essen sollten. Darüber hinaus sollte eine gesunde Ernährung möglichst wenig fetthaltige Lebensmittel enthalten (d.h., sehr wenig fette Wurst oder fettes Fleisch, sehr wenig Kartoffelchips, sehr wenig Schokolade usw.).

27.2.1 Ernähren Sie sich möglichst gesund, also abwechslungsreich, mit viel Obst und Gemüse und fettarm? <i>Was davon trifft auf Sie am ehesten zu?</i>	
Ja, seit mehr als 6 Monaten	<input type="radio"/>
Ja, aber erst seit weniger als 6 Monaten	<input type="radio"/>
Nein, aber ich habe vor, im nächsten Monat damit zu beginnen	<input type="radio"/>
Nein, aber ich habe vor, im nächsten halben Jahr damit zu beginnen	<input type="radio"/>
Nein, und ich habe auch nicht vor, im nächsten Jahr damit zu beginnen	<input type="radio"/>

27.2.2 Haben Sie innerhalb der letzten 6 Monate bereits bewusst versucht, sich gesünder zu ernähren – also z.B. auf bestimmte Lebensmittel verzichtet, besonders abwechslungsreich gegessen usw.?	
Ja	<input type="radio"/>
Nein	<input type="radio"/>

VI. Persönliche Angaben

1 Sind Sie...	
Männlich	<input type="radio"/>
Weiblich	<input type="radio"/>

2 Wie alt sind Sie?			
Unter 20 Jahre	<input type="radio"/>	40 - 44 Jahre	<input type="radio"/>
20 - 24 Jahre	<input type="radio"/>	45 - 49 Jahre	<input type="radio"/>
25 - 29 Jahre	<input type="radio"/>	50 - 52 Jahre	<input type="radio"/>
30 - 34 Jahre	<input type="radio"/>	53 - 54 Jahre	<input type="radio"/>
35 - 39 Jahre	<input type="radio"/>	55 Jahre oder älter	<input type="radio"/>