

Fragebogen

Meine Gesundheit

Der Fragebogen soll Sie dabei unterstützen, einen Weg zu finden Ihre Gesundheit langfristig zu erhalten und/oder zu verbessern.

Nehmen Sie sich ruhig etwas Zeit für die Beantwortung der Fragen. Bei Verständnisfragen hilft Ihnen Ihr persönlicher Gesundheitsberater gerne weiter. Alle Angaben sind vertraulich und werden nur von Personen eingesehen, die der Schweigepflicht unterliegen.

Bitte legen Sie anschließend gemeinsam mit Ihrem Gesundheitsberater die Gesundheitsziele fest, die Sie in der nächsten Zeit erreichen möchten. Das Original der Zielvereinbarung und eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens ist für Ihre Unterlagen bestimmt. Den ausgefüllten Fragebogen und eine Kopie der Zielvereinbarung geben Sie bitte Ihrem Gesundheitsberater.

Wir wünschen alles Gute für Ihr gesünderes Leben – machen Sie mit, wir sind an Ihrer Seite!

Ihr Gesunder Werra-Meißner-Kreis



Lebensumstände

Ihr Name:	Geburtsdatum:	Geschlecht:
Heutiges Datum:	Stempel (Praxis bzw. Apotheke)	

Gesundheitseinschätzung

<p>1. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Aussagen an. (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/>	Ich Sorge mich um meine Gesundheit.
	<input type="checkbox"/>	Ich bin zufrieden, wenn ich meinen aktuellen Gesundheitszustand beibehalten kann.
	<input type="checkbox"/>	Ich möchte etwas unternehmen, um meinen Gesundheitszustand zu verbessern.
	<input type="checkbox"/>	Mein momentaner Gesundheitszustand schränkt mich im alltäglichen Leben ein.

Einflussfaktoren

<p>2. Was beeinträchtigt Ihrer Meinung nach Ihren momentanen Gesundheitszustand? (Mehrfachantworten möglich)</p>	<input type="checkbox"/>	Rauchen	<input type="checkbox"/>	Stress und Hektik
	<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input type="checkbox"/>	Arbeitslosigkeit
	<input type="checkbox"/>	Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	Arbeitsbedingungen
	<input type="checkbox"/>	Alkoholkonsum		

Ernährung

3. Hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten 3 Jahren verändert?	<input type="checkbox"/>	Nein, in etwa gleich geblieben
	<input type="checkbox"/>	Ja, eher zugenommen: ca. <input type="text"/> Kg
	<input type="checkbox"/>	Ja, eher abgenommen: ca. <input type="text"/> Kg
	<input type="checkbox"/>	WeiÙ ich nicht

4. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Aussagen an. (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/>	Ich komme mit meiner Ernährungsweise gut zurecht.
	<input type="checkbox"/>	Ich möchte gerne meine Ernährungsgewohnheiten ändern.
	<input type="checkbox"/>	Ich benötige professionelle Unterstützung bei einer von mir gewünschten Ernährungsumstellung.

Bewegung

5. Wie oft in der Woche sind Sie sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/>	So gut wie nie
	<input type="checkbox"/>	Mindestens einmal in der Woche
	<input type="checkbox"/>	2-3 mal in der Woche
	<input type="checkbox"/>	4 mal oder öfter in der Woche
6. Kreuzen Sie bitte die zutreffende Aussage an.	<input type="checkbox"/>	Ich möchte gerne mehr Sport treiben bzw. mich mehr bewegen.
	<input type="checkbox"/>	Ich bin mit meinem wöchentlichen Sportprogramm zufrieden.

Alkohol

7. Kreuzen Sie bitte die zutreffenden Aussagen an. (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/>	Ich mache mir wegen meines Alkoholkonsums Sorgen.
	<input type="checkbox"/>	Ich bin mit meinem Alkoholkonsum ganz zufrieden.
	<input type="checkbox"/>	Ich möchte meinen Alkoholkonsum verringern.

Rauchen

8. Sind Sie...	<input type="checkbox"/>	Raucher? (täglich oder gelegentlich, Zigaretten oder elektronische Tabaksticks)
	<input type="checkbox"/>	Weniger als 5
	<input type="checkbox"/>	ca. 10
	<input type="checkbox"/>	mehr als 20 Zigaretten/Sticks pro Tag
	<input type="checkbox"/>	Ex-Raucher? Seit <input type="text"/> Jahren
	<input type="checkbox"/>	Nichtraucher?
Falls Sie Raucher sind:		
9. Möchten Sie mit dem Rauchen aufhören?	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Nein

Lebensumstände

10. Wer oder was könnte Ihnen dabei helfen, weniger zu rauchen oder das Rauchen ganz aufzugeben? (Mehrfachantworten möglich)	<input type="checkbox"/>	(Haus-) Arzt / Ärztin
	<input type="checkbox"/>	Psychotherapeut / Psychotherapeutin
	<input type="checkbox"/>	Gruppenangebote (wie z. B. Kurse / Selbsthilfegruppen)
	<input type="checkbox"/>	Beratungsstellen, Therapieeinrichtungen (z. B. Nikotinentwöhnungsgruppen)
	<input type="checkbox"/>	Freunde Verwandte, Partner / Partnerin
	<input type="checkbox"/>	Informationen
	<input type="checkbox"/>	Medikamentöse Unterstützungsmethoden / Nikotinpflaster
	<input type="checkbox"/>	Sonstiges (bitte angeben):

Stressbelastung

<p>11. Fühlen Sie sich durch Anforderungen im Privaten oder im Beruf belastet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein, komme damit gut klar.</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, gelegentlich ist mir alles etwas viel.</p> <p><input type="checkbox"/> Häufig fühle ich mich doch mehr belastet als mir gut tut.</p> <p><input type="checkbox"/> Mich stresst insbesondere: <input type="text"/></p>
<p>12. Kreuzen Sie bitte die zutreffende Aussage an.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ich habe ausreichend Methoden, um mit meinen Belastungen zufriedenstellend umzugehen.</p> <p><input type="checkbox"/> Ich möchte gern weitere Methoden kennenlernen, um besser mit meinen Belastungen umgehen zu können.</p>

Chronische Krankheiten

<p>13. Haben Sie eine oder mehrere Chronische Krankheiten? (wie z. B. Zuckerkrankheit / Diabetes, Herzschwäche, früherer Herzinfarkt, Osteoporose, Rheuma, Depression, Asthma, Arthrose, etc.)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Weiß nicht</p> <p><input type="checkbox"/> Ja, und zwar (bitte alle nennen): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	---

Gesundheitszustand

14. Wie schätzen Sie Ihren persönlichen Gesundheitszustand auf einer Skala von 1-10 heute ein?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Schlechtester denkbarer Gesundheitszustand			Mittelwert				Bester denkbarer Gesundheitszustand		

Soziales Umfeld

15. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt?	Personen insgesamt: <input type="text"/>	davon unter 18 Jahren: <input type="text"/>
16. Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie?	<input type="checkbox"/> Selbstständige/r <input type="checkbox"/> Beamte/r <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> in Berufsausbildung (Schüler, Auszubildende, Studenten, etc.)	
	<input type="checkbox"/> Angestellte/r <input type="checkbox"/> Rentner/in <input type="checkbox"/> zurzeit arbeitslos <input type="checkbox"/> Sonstiges	

17. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, welche Rubrik am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten beiden Wochen gefühlt haben.		Eher häufig	Eher selten
	Ich war froh und guter Laune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe mich ruhig und entspannt gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe mich aktiv und voller Energie gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Beim Aufwachen habe ich mich frisch und ausgeruht gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mein Alltag war voller Dinge, die mich interessieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie einige Fragen kommentieren oder ausführlicher beantworten möchten, benutzen Sie hierfür die folgenden Zeilen. Wir freuen uns auch über weitere Anregungen.

Bitte vereinbaren Sie im Anschluss gemeinsam mit Ihrem Gesundheitsberater Ihre Gesundheitsziele für die nächste Zeit, damit wir Sie dabei bestmöglich unterstützen können.