

### Fragebogen zur Teilnahme an Angeboten der Gesundheitsförderung Zweitbefragung

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Sie haben an Angeboten zur Gesundheitsförderung teilgenommen. Mit dem vorliegenden Fragebogen möchten wir Ihnen einige Fragen dazu stellen.

Zur Erinnerung: Unser Institut arbeitet auf der Grundlage der Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland. Wir garantieren Ihnen:

- dass Ihre Angaben niemals individuell z.B. in Verknüpfung mit Ihrem Namen, sondern nur in Gruppen ausgewertet werden,
- dass der Fragebogen weder Ihren Namen noch Ihre Anschrift enthält, und
- dass unsere Mitarbeiter, die Ihren Fragebogen bearbeiten, d.h. z.B. in den Computer einlesen, auf das Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet sind.

Wir möchten Sie heute bitten, den zweiten Fragebogen auszufüllen. Dies ist ganz einfach.

- Kreuzen Sie bei jeder Frage die Antwort(en) an, die für Sie derzeit zutreffen. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

Ihre Angaben dienen ausschließlich der Bewertung der Angebote zur Gesundheitsförderung. Weder die Träger der Angebote noch die Kursleiter oder andere Einrichtungen oder Personen werden Kenntnis von Ihren persönlichen Angaben erhalten. Dies ist nur wenigen Mitarbeitern unseres Instituts gestattet, die allerdings Ihren Namen und Ihre Anschrift nicht kennen. Denken Sie an diese Garantien, gerade weil auch persönliche Fragen zu beantworten sind.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Durch das Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie aber persönlich mit, die bestehenden Angebote noch weiter zu verbessern. Durch Ihre Mitarbeit tragen Sie dazu bei, diese Angebote der Gesundheitsförderung noch gezielter weiterzuentwickeln und auszubauen.

Das Ausfüllen des Fragebogens dauert ca. 10-20 Minuten. Stecken Sie den ausgefüllten Fragebogen in den beiliegenden Rückumschlag und verschließen Sie diesen.

Wir bedanken uns schon vorab recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Renate Kirschner  
Geschäftsführerin FB+E

Da Sie auf dem Fragebogen Ihren Namen nicht eintragen sollen, wir jedoch die Angaben aus der Erstbefragung mit den Angaben der Zweitbefragung zusammen auswerten müssen, möchten wir Sie zuerst bitten, aus Ihrem Vornamen und Nachnamen wiederum einen Code zu erstellen.

Zur Erinnerung: Dieser Code hat vier Stellen:

- An 1. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Vornamens
- An 2. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Vornamens
- An 3. Stelle steht: Der erste Buchstabe Ihres ersten Nachnamens
- An 4. Stelle steht: Die Gesamtzahl der Buchstaben Ihres ersten Nachnamens

**Beispiel:**

Kai Uwe Müller-Wipperfürth

1	2	3	4
k	3	m	6

1	2	3	4
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Geben Sie hier bitte nach dem vorstehenden Beispiel Ihren Code an:**

**1a An wie vielen Angeboten der Gesundheitsförderung (Kurse, Beratungen etc.) haben Sie in den letzten Monaten teilgenommen?** An   Angebot(en)

**1b Wie stark stimmen Sie den folgenden Aussagen, die sich auf die Angebote beziehen, zu? Wenn Sie mehr als ein Angebot genutzt haben, versuchen Sie ein Gesamturteil zu bilden.**

*☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!  
1 bedeutet: "Stimme voll und ganz zu", 7 bedeutet: "Stimme überhaupt nicht zu".  
Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Beurteilung abstimmen.*

	Stimme voll und ganz zu		Teils/teils			Stimme überhaupt nicht zu	
	1	2	3	4	5	6	7
Das Angebot (die Angebote) entsprach(en) meinen Erwartungen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich habe mich wohl gefühlt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich habe das Angebot (die Angebote) gerne besucht .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Das Angebot war (die Angebote waren) anstrengend .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Der Teilnehmerkreis war angenehm .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich fühlte mich zuvorkommend behandelt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich habe einiges gelernt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Auf meine Wünsche wurde eingegangen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Die Beratung war sehr gut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Meine Gesundheit ist mir wichtiger geworden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Aus dem Gelernten setze ich schon einiges um .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich bin zuversichtlicher geworden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich habe neue Leute kennen gelernt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich sehe meine Situation klarer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich will mehr für meine Gesundheit tun .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Das Angebot hat (die Angebote haben) mir geholfen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich bin ruhiger geworden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Man konnte sich aussprechen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich fühle mich seitdem besser .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Man sollte einiges daran ändern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich bin selbstbewusster geworden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich kann das Angebot (die Angebote) empfehlen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Das Angebot wird (die Angebote werden) mir auch später weiterhelfen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ich finde dadurch vielleicht eher einen Job .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

**2a Was hat Ihnen an dem Angebot (den Angeboten) besonders gut gefallen?**

*☞ Bis zu drei Nennungen! Bitte in Druckbuchstaben schreiben!*

**2b Was hat Ihnen an dem Angebot (den Angeboten) überhaupt nicht gefallen?**

 *Bis zu drei Nennungen! Bitte in Druckbuchstaben schreiben!*

**3. Wie viele Stunden oder Minuten betreiben Sie pro Woche ungefähr Sport oder verrichten anstrengende körperliche Arbeiten?**

Stunden **oder**  Minuten

Nie oder fast nie .....

**4. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?**

 *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

<b>Sehr stark</b>	<b>Stark</b>	<b>Mittelmäßig</b>	<b>Weniger stark</b>	<b>Gar nicht</b>
<input type="checkbox"/>				

**5a Wie stufen Sie Ihre Leistungsfähigkeit im Beruf (für Berufstätige) bzw. bei Alltagstätigkeiten derzeit ein?**

 *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

*0 bedeutet: "überhaupt nicht leistungsfähig", 100 bedeutet: "voll leistungsfähig".*

*Mit den Werten dazwischen können Sie Ihr Urteil abstufen.*

Überhaupt nicht leistungsfähig Voll leistungsfähig

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



Derzeit

**5b Und wie stufen Sie Ihre Leistungsfähigkeit im Beruf (für Berufstätige) bzw. bei Alltagstätigkeiten heute vor 6 Monaten ein?**

Überhaupt nicht leistungsfähig Voll leistungsfähig

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100



Heute vor 6 Monaten

**6. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?**

 *Bitte kreuzen Sie nur ein Kästchen an!*

<b>Sehr gut</b>	<b>Gut</b>	<b>Zufriedenstellend</b>	<b>Weniger gut</b>	<b>Schlecht</b>
<input type="checkbox"/>				

**7. Wie stark leiden Sie derzeit unter den folgenden Beschwerden?**

 Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

**Stark      Mäßig      Kaum      Gar nicht**

Schluckbeschwerden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübelei .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtsabnahme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Wie viele unterschiedliche Medikamente haben Sie in den letzten 7 Tagen eingenommen oder angewendet?**

Medikamente      Keine ....

**9. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen niedergelassene Ärzte aufgesucht?**

Ungefähr   mal      Keinmal ....

**10. Welche der im Folgenden genannten Dinge tun Sie wie häufig?**

 Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

**Immer bzw. regelmäßig      Sehr häufig      Häufig      Eher selten      Nie**

Bewege mich viel an der frischen Luft .....	<input type="checkbox"/>				
Betreib Sport, Gymnastik, Tanz .....	<input type="checkbox"/>				
Mache viel Arbeit in Wohnung, Haus oder Garten .....	<input type="checkbox"/>				
Halte Diät .....	<input type="checkbox"/>				
Ernähre mich ausgewogen (Kohlenhydrate, wenig Fett, viel Vitamine, Ballaststoffe) .....	<input type="checkbox"/>				
Schlafe ausreichend .....	<input type="checkbox"/>				
Verschafe mir genügend Zeit zum Ausruhen und Entspannen .....	<input type="checkbox"/>				
Wende besondere Entspannungstechniken an .....	<input type="checkbox"/>				
Sehe fern .....	<input type="checkbox"/>				
Lese Bücher, Zeitschriften, Magazine .....	<input type="checkbox"/>				

**Fortsetzung nächste Seite**



**14. Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte Situation berücksichtigen:  
Wie zufrieden sind Sie dann derzeit insgesamt mit Ihrem Leben?  
Und wie wird es Ihrer Meinung nach zukünftig sein?**

	Sehr unzufrieden	1	2	3	4	5	6	7	Sehr zufrieden
Derzeit .....		<input type="checkbox"/>							
Zukünftig .....		<input type="checkbox"/>							

**15. Geben Sie bitte zu den folgenden Aussagen an, wie häufig diese auf Sie zutreffen.**

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Sehr häufig	Häufig	Eher selten	Nie
Meine Arbeitslosigkeit bereitet mir schlaflose Nächte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann mit anderen Menschen über meine Arbeitslosigkeit sprechen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache Pläne für mein Leben .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitslosigkeit wächst mir über den Kopf .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe das Gefühl, dass ich mich wegen meiner Arbeitslosigkeit verstecken muss .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trotz der Arbeitslosigkeit kann ich mich gut entspannen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitslosigkeit macht mich bedrückt und niedergeschlagen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Angst vor der Zukunft .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke, dass ich meine berufliche Situation und Entwicklung gut im Griff habe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Arbeitslosigkeit bietet mir Chancen, auch Neues zu versuchen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Bitte geben Sie an, inwieweit Ihre Meinung mit den folgenden Aussagen übereinstimmt.**

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft aus- gesprochen zu	1	Trifft etwas zu	2	Teils/ teils	3	Trifft kaum zu	4	Trifft überhaupt nicht zu	5
Auch in ungewissen Zeiten erwarte ich normalerweise das Beste .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Es fällt mir leicht, mich zu entspannen .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Wenn bei mir etwas schief laufen kann, dann tut es das auch .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Meine Zukunft sehe ich immer optimistisch .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
In meinem Freundeskreis fühle ich mich wohl .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Es ist wichtig für mich, ständig beschäftigt zu sein .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Fast nie entwickeln sich die Dinge nach meinen Vorstellungen .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ich bin nicht allzu leicht aus der Fassung zu bringen .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Ich zähle selten darauf, dass mir etwas Gutes widerfährt .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Alles in allem erwarte ich, dass mir mehr gute als schlechte Dinge widerfahren .....	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	



<b>19.</b>	<p><b>Sind in der Zeit, seit Sie an dem Angebot (den Angeboten) teilgenommen haben, andere Ereignisse eingetreten, die Sie stark belastet oder entlastet haben?</b></p> <p>Nein ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Ja ..... <input type="checkbox"/> ► <b>Welche Ereignisse waren das?</b></p> <p>belastet: <input type="text"/></p> <p>entlastet: <input type="text"/></p>
<b>20.</b>	<p><b>Bitte benoten Sie nun abschließend das Angebot (die Angebote) insgesamt mit einer Schulnote.</b></p> <p>Sehr gut ..... 1,0 <input type="checkbox"/></p> <p>Sehr gut bis gut ..... 1,5 <input type="checkbox"/></p> <p>Gut ..... 2,0 <input type="checkbox"/></p> <p>Gut bis befriedigend ..... 2,5 <input type="checkbox"/></p> <p>Befriedigend ..... 3,0 <input type="checkbox"/></p> <p>Befriedigend bis ausreichend . 3,5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ausreichend ..... 4,0 <input type="checkbox"/></p> <p>Ausreichend bis mangelhaft .... 4,5 <input type="checkbox"/></p> <p>Mangelhaft ..... 5,0 <input type="checkbox"/></p> <p>Mangelhaft bis ungenügend .... 5,5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ungenügend ..... 6,0 <input type="checkbox"/></p> <p><i>Falls Sie eine Note zwischen 4,0 und 6,0 vergeben haben, geben Sie bitte die wichtigsten Gründe für diese Note an:</i></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>
<b>21.</b>	<p><b>Ihr Geschlecht:</b></p> <p>Männlich ..... <input type="checkbox"/></p> <p>Weiblich ..... <input type="checkbox"/></p>
<b>22.</b>	<p><b>Ihr Geburtsdatum:</b></p> <p><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> 19 <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Tag      Monat      Jahr</p>

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**  
**Bitte prüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.**

Datum des Ausfülltages:   20

Tag      Monat      Jahr