

Fragebogen

Zur Vorbereitung auf die Gesundheitsberatung.

Der Fragebogen soll dabei unterstützen gemeinsam mit Ihrem Gesundheitsberater die Gesundheitsziele festzulegen, die Sie in der nächsten Zeit erreichen möchten.

Füllen Sie ihn aus, soweit es Ihnen möglich ist, alles Weitere ergibt sich aus dem gemeinsamen Gespräch.

Alle Angaben sind vertraulich und werden nur von Personen eingesehen, die der Schweigepflicht unterliegen.

Datum: _____

Name: _____

Telefonnummer: _____

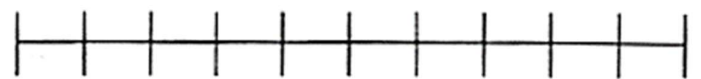
E-Mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Geburtsdatum: _____

1) Wie

Schlechteste
Gesundheit, die Sie
sich vorstellen können



0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Ihren derzeitigen allgemeinen Gesundheitszustand ein (Bitte
ankreuzen):

schätzen Sie

Beste Gesundheit,
die Sie sich
vorstellen können

1) Einflussfaktoren – was beeinträchtigt Ihren momentanen Gesundheitszustand:

- Rauchen
 - Übergewicht
 - Stress und Hektik
 - Arbeitslosigkeit
 - Bewegungsmangel
 - Arbeitsbedingungen
 - Alkoholkonsum
 - Wechseljahre
 - Sonstiges:
-

2) Ernährung – hat sich Ihr Körpergewicht in den letzten drei Jahren verändert?

- Nein, etwa gleich geblieben
 - Ja, eher zugenommen ca. ____ kg
 - Ja, eher abgenommen ca. ____ kg
 - Ich möchte meine Ernährungsgewohnheiten ändern.
 - Ich ernähre mich gesund und komme mit meiner Ernährungsweise gut zurecht.
 - Anmerkungen / das wünsche ich mir:
-

3) Soziales Umfeld

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt: _____ Davon Kinder: _____

Zu welcher Berufsgruppe gehören Sie

- Selbstständig
- Angestellte/r
- Beamte/r
- Rentner/in
- Hausfrau/-mann
- Auszubildende/r / Student/in
- Zurzeit Arbeitslos
- Sonstiges

4) **Bewegung** – wie oft in der Woche sind Sie sportlich aktiv?

- So gut wie nie
- Mindestens einmal pro Woche
- 2-3 mal pro Woche
- Mehr als 4 mal pro Woche
- Ich möchte mich gerne mehr bewegen
- Ich bin mit meinem wöchentlichen Sportprogramm zufrieden

5) **Stressbelastung** – fühlen Sie sich durch Anforderungen im Privaten oder im Beruf belastet?

- Nein, ich komme damit gut klar
- Ja, gelegentlich ist mir alles zu viel
- Häufig fühle ich mich mehr belastet, als mit gut tut
- Was stresst mich insbesondere:

-
- Ich möchte gerne Methoden kennenlernen um besser mit meinen Belastungen umgehen zu können

6) **Schlaf**

- Mein Schlaf ist erholsam, ich fühle mich morgens fit und ausgeschlafen
- Mein Schlaf ist nicht erholsam
- Ich bin an einer Schlafberatung interessiert

7) **Rauchen**

- Ich bin Nichtraucher
- Ich bin Raucher und rauche: weniger als 5
- ca. 10 Zigaretten / Sticks pro Tag
- mehr als 15 Zigaretten / Sticks pro Tag
- Ich habe vor _____ aufgehört zu rauchen
- Ich möchte mit dem Rauchen aufhören
- Ich bin an einer Teilnahme an dem Raucherentwöhnungs-Programm des GSEK+ interessiert

8) Alkohol

- Ich bin mit meinem Alkoholkonsum zufrieden
- Ich mache mir Sorgen wegen meines Alkoholkonsums
- Ich möchte meinen Alkoholkonsum verringern

9) Chronische Krankheiten – haben Sie eine oder mehrere Chronische Krankheiten?

Wie z.B. Diabetes, Herzschwäche Osteoporose, COPD, Rheuma, Depressionen, Asthma, Arteriosklerose

Ja, ich habe folgende Krankheiten

10) Allgemeiner Gefühlszustand – Geben Sie an, was Sie am besten beschreibt

Ich bin froh und guter Laune eher häufig eher selten

Ich fühle mich ruhig und entspannt eher häufig eher selten

Ich fühle mich voller Energie eher häufig eher selten

Mein Alltag ist voller Dinge, die mich interessieren eher häufig eher selten

Hier ist noch Platz für weitere Fragen, Anmerkungen, Informationen:.

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten.
Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen bitte mit zu Ihrem nächsten Beratungstermin beim GSEK+