

## 1. Wie haben Sie von diesem Angebot erfahren? (Mehrere Kreuze möglich)

- von Freunden, Bekannten, Kollegen  
 Hinweis/Überweisung von meinem Arzt  
 aus Presse/Rundfunk/Fernsehen  
 aus dem Internet
- aus der Zeitschrift meiner Krankenkasse  
 von der Geschäftsstelle meiner Krankenkasse  
 von einem anderen Veranstalter  
 sonstiges, nämlich:

## 2. Haben Sie in den letzten zwölf Monaten schon an anderen Gesundheitskursen teilgenommen, die von Ihrer Krankenkasse gefördert wurden? (Bitte in jeder Zeile ein Kreuz)

- Bewegungskurs  ja  nein
- Ernährungs- oder Gewichtsreduktionskurs  ja  nein
- Stressbewältigungs- oder Entspannungskurs  ja  nein

## 3. Diese Fragen betreffen nicht nur das Thema des von Ihnen besuchten Kurses. Sie ermöglichen aber Vergleiche mit anderen Kursen und Gruppen und sind darum wichtig. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen! Bitte in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten vier Wochen:	immer					nie
habe ich wo es ging Bewegungsmöglichkeiten im Alltag genutzt (Treppen steigen, Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
hatte ich Freude an Bewegung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

## 4. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht
- 

## 5. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

- keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark
- 

## 6. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

- überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr
-

**7. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).**

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manchmal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**8. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen sechs Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?**

ungefähr    Tage  keinen Tag

**9. Körpergröße und Gewicht**

Körpergröße: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ cm (ohne Schuhe)

Jetziges Gewicht: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg (ohne Kleidung)

Falls Sie abnehmen möchten, welches Gewicht möchten Sie erreichen?

Wunschgewicht: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg (ohne Kleidung)

**10. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?**

- |  |   |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung                             | 09 <input type="checkbox"/> leitende Angestellte (Prokurist, Geschäftsführer) |
| 02 <input type="checkbox"/> angelernte/ungelernte Arbeiter                 | 10 <input type="checkbox"/> Beamte  |
| 03 <input type="checkbox"/> Facharbeiter, Gesellen                         | 11 <input type="checkbox"/> selbständige, freie Berufe                        |
| 04 <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/Poliere                            | 12 <input type="checkbox"/> mitarbeitende Familienangehörige                  |
| 05 <input type="checkbox"/> Meister im Arbeits-/Angestelltenverhältnis     | 13 <input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann                  |
| 06 <input type="checkbox"/> selbständige Meister                           | 14 <input type="checkbox"/> Rentner   |
| 07 <input type="checkbox"/> ausführende Angestellte (Verkäuf., Schreibkr.) | 15 <input type="checkbox"/> zur Zeit arbeitslos                               |
| 08 <input type="checkbox"/> mittlere Angestellte                           |   |

**11. Geschlecht**

1  weiblich 2  männlich

**12. Geburtsdatum \***

\_\_\_ \_\_\_ 19 \_\_\_ \_\_\_  
Tag Monat Jahr

\* Tag und Monat werden nur dazu verwandt, den Eingangs- und den Schlussfragebogen zur Auswertung zusammenzuführen.

**13. Schulabschluss**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> noch in der Schule  | 3 <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule          | 5 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife, Abitur |
| 2 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss | 4 <input type="checkbox"/> Realschule/mittl. Reife/POS | 6 <input type="checkbox"/> sonstiges                     |

**14. Krankenkasse**

- |                                |  |   |
|--------------------------------|--|---|
| 1 <input type="checkbox"/> AOK | 3 <input type="checkbox"/> Ersatzkasse | 5 <input type="checkbox"/> andere gesetzliche Kasse |
| 2 <input type="checkbox"/> BKK | 4 <input type="checkbox"/> IKK         | 6 <input type="checkbox"/> private Kasse, Beihilfe  |

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!**