

- 1. Vor etwa sechs Monaten haben Sie einen Gesundheitskurs abgeschlossen, der von Ihrer Krankenkasse gefördert wurde. War die Teilnahme heute rückblickend für Sie eher ein Erfolg oder eher ein Misserfolg? (Bitte nur ein Kreuz)**

eher ein Erfolg 1 2 3 4 5 eher ein Misserfolg

- 2. Haben Sie in den letzten sechs Monaten an weiteren Gesundheitskursen teilgenommen, die von Ihrer Krankenkasse gefördert wurden? (Bitte in jeder Zeile ein Kreuz)**

Bewegungskurs	1 <input type="checkbox"/> ja	2 <input type="checkbox"/> nein
Ernährungs- oder Gewichtsreduktionskurs	1 <input type="checkbox"/> ja	2 <input type="checkbox"/> nein
Stressbewältigungs- oder Entspannungskurs	1 <input type="checkbox"/> ja	2 <input type="checkbox"/> 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 alle 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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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"/>	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
1 2 3 4 5

- 5. Im Vergleich zum letzten Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?**

derzeit viel besser derzeit etwas besser etwa wie vor einem Jahr derzeit etwas schlechter derzeit viel schlechter
1 2 3 4 5

- 6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?**

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark
1 2 3 4 5 6

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

überhaupt nicht
1

ein bisschen
2

mäßig
3

ziemlich
4

sehr
5

8. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wo-chen 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

manch-mal

selten

nie

... voller Schwung?

1

2

3

4

5

6

... sehr nervös?

1

2

3

4

5

6

... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?

1

2

3

4

5

6

... ruhig und gelassen?

1

2

3

4

5

6

... voller Energie?

1

2

3

4

5

6

... entmutigt und traurig?

1

2

3

4

5

6

... erschöpft?

1

2

3

4

5

6

... glücklich?

1

2

3

4

5

6

... müde?

1

2

3

4

5

6

9. 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

10. Wie viel wiegen Sie im Moment?

Jetziges Gewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

Falls Sie (weiter) abnehmen möchten, welches Gewicht möchten Sie erreichen?

Wunschgewicht: ___ ___ ___ kg (ohne Kleidung)

11. Geburtsdatum*/(Tag/Monat/Jahr) ___ ___ ___ 19 ___ ___

* Tag und Monat werden nur dazu verwandt, die drei Fragebögen zur Auswertung zusammenzuführen. Bitte unbedingt ausfüllen!

12. Es gibt Ereignisse im Leben, die Auswirkungen auf die Gesundheit und damit auch auf Erfolge eines Kurses haben können (z.B. eine Krankheit oder eine schwere Belastung). Gab es in den letzten sechs Monaten solche Ereignisse in Ihrem Leben?

1 nein

2 ja, und zwar:

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!

I-3 Nachbefragungsbogen, Vers. 01/2014
[Kurs-Nr]