

Indikatoren des Reha-Status
("IRES" Version 2.2)

ENDE REHA

Fragebogen

„Gesundheit in Beruf und Alltagsleben“

Ihre Gesundheit

1. Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

1

- Sehr stark..... 1
Stark..... 2
Mittelmäßig..... 3
Weniger stark..... 4
Gar nicht..... 5

2. Welche Meinung haben Sie darüber, wie sehr man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen kann.

2

Man kann selbst...

- sehr viel..... 1
viel..... 2
einiges..... 3
wenig..... 4
nichts..... 5

tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern.

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

3

- Sehr gut..... 1
Gut..... 2
Zufriedenstellend..... 3
Weniger gut..... 4
Schlecht..... 5

4. Wieviel Kilogramm wiegen Sie ohne Bekleidung ?

4

kg

5. Und wie groß sind Sie ?

5

cm

6. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren. Welche der folgenden Risikofaktoren liegen bei Ihnen vor?

	Ja 1	Nein 2	Weiß nicht 3	
<i>Bitte in jede Zeile ein Kreuz!</i>				
Rauchen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
Zu wenig Bewegung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
Zu viel Stress und Hektik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
Öfter einmal zu viel Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10
Zu viele Medikamente, die nicht wirklich nötig wären (Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11
Zu hohes Cholesterin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12
Zucker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13
Zu hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14

7. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

	Nie 1	Manch- mal 2	Oft 3	Immer 4	
Ich kann schlecht einschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15
Ich habe einen unruhigen Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16
Ich wache nachts mehrmals auf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17
Ich wache morgens zu früh auf.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18

8. Wie stark leiden Sie unter den folgenden Beschwerden?

10

Bitte *in jede Zeile* ein Kreuz!

	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht	
	1	2	3	4	
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21
Schwächegefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
Druck- oder Völlegefühl im Leib.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
Mattigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
Grübeleien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
Starkes Schwitzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
Schwindelgefühl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32

9. Wie oft haben Sie folgende Beschwerden?

11

	Nie	Manchmal	Oft	Immer	
	1	2	3	4	
Husten tagsüber.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
Husten nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
Auswurf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35

10. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie unter einer oder mehrerer der folgenden Beschwerden leiden:					12
	Nie	Manchmal	Oft	Immer	
	1	2	3	4	
Werden Sie kurzatmig oder bekommen Sie Herzschmerzen, wenn Sie ganz ruhig sitzen oder liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
Werden Sie kurzatmig oder bekommen Sie Herzschmerzen, wenn Sie in normalem Schritt ein Stockwerk hoch Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
Werden Sie kurzatmig oder bekommen Sie Herzschmerzen, wenn Sie bergan gehen oder wenn Sie auf ebener Strecke schnell gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38

11. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:					13
	Nie	Manchmal	Oft	Immer	
	1	2	3	4	
Haben Sie Gelenkbeschwerden in den Hüften, Beinen oder Füßen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
Haben Sie Gelenkbeschwerden in den Schultern, Armen oder Händen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
Haben Sie Schmerzen im Nacken, im Kreuz oder anderen Stellen des Rückens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41

12. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:			14
	Ja	Nein	
	1	2	
Namen vergesse ich öfter als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
Ich kann mich nicht mehr so gut konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
Ich begreife manches langsamer als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
Erledigungen vergesse ich öfter als früher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45

13. Wie häufig leiden Sie unter Schmerzen?

15

- So gut wie nie 1
- Selten 2
- Ein paar Mal im Monat 3
- 2-3 mal pro Woche 4
- (Fast) jeden Tag 5

46

Was für Schmerzen sind das?

47

Und wie stark sind diese Schmerzen?

- Ich habe keine Schmerzen 1
- Eher leicht 2
- Störend, aber zu ertragen 3
- Gerade noch zu ertragen 4
- Unerträglich 5

48

14. An wie vielen Tagen in den letzten 4 Wochen hatten Sie Schmerzen?

16

An Tagen in den letzten 4 Wochen

49

15. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

17

- Ich habe keine Schmerzen 1
- leicht beeinträchtigt 2
- ziemlich beeinträchtigt 3
- stark beeinträchtigt 4
- sehr stark beeinträchtigt 5

50

16. Wie oft machen Sie sich über folgende Dinge Sorgen?

21

	Nie 1	Manch- mal 2	Oft 3	Immer 4	
Belastung der Familie durch meinen Gesundheitszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	59
Meinungsverschiedenheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60
Veränderungen in unserem Ehe- und Familienleben.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	61
Meinungsverschiedenheiten mit den Kindern / mit der Verwandtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	62
Schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	63

17. Wie schätzen Sie Ihr soziales Umfeld ein, inwieweit treffen folgende Aussagen auf Sie zu?

22

	Trifft voll und ganz zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft überhaupt nicht zu 4	
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	64
Ich fühle mich häufig ausgeschlossen und allein.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	65
Ich vermisse häufig die Gesellschaft anderer Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
Mit meinen Mitmenschen habe ich wenig gemeinsam, und ich finde wenig Verständnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
Wenn ich alltägliche Probleme habe, gibt es immer jemanden, mit dem ich darüber reden kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
Es gibt Menschen, an die ich mich wenden kann und auf die Verlaß ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69

Alltägliche Sorgen und Probleme

18. Wie häufig fühlen Sie (sich) in der letzten Zeit...

24

	Nie	Manch- mal	Oft	Immer	
	1	2	3	4	
völlig erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	74
lustloser als früher.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	75
niedergeschlagen / traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	76
unruhig und abgespannt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	77
wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	78
zu antriebslos, um etwas anzufangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	79

**19. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:
Behindert Sie Ihr Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher
Aufgaben im Beruf oder im Haushalt?**

25

Überhaupt nicht.....	<input type="checkbox"/>	1		80
Ein wenig.....	<input type="checkbox"/>	2		
Ziemlich stark.....	<input type="checkbox"/>	3		
Sehr stark.....	<input type="checkbox"/>	4		

20. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

26

	Nie 1	Selten 2	Oft 3	Immer 4	
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, daß Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	81
Wie oft fühlten Sie sich im letzten Monat allein und verlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	82
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, daß Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83
Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, daß nichts so läuft, wie Sie eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	84
Wie oft haben Sie sich letzten Monat ohne Schwung gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	85

21. Wie viele Personen - einschließlich Ihrer Familie - kennen Sie, auf deren Hilfe Sie sich in Notfällen auf jeden Fall verlassen können?

27

Keine Person	<input type="checkbox"/>	1	86
1 Person.....	<input type="checkbox"/>	2	
2 bis 3 Personen	<input type="checkbox"/>	3	
Mehr als 3 Personen.....	<input type="checkbox"/>	4	

Gesundheitliche Einschränkungen im alltäglichen Leben

In diesem Abschnitt werden Sie nach Dingen gefragt, die man immer wieder tun muss, um den normalen Tagesablauf zu bewältigen. Wenn man nun wissen will, welche alltäglichen Tätigkeiten jemandem schwer fallen und welche nicht, muss man vieles fragen, das Ihnen vielleicht ganz überflüssig erscheint. Bitte haben Sie dafür Verständnis und kreuzen Sie einfach an, was auf Sie persönlich zutrifft.

22. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

28

	Nie 1	Selten 2	Oft 3	Immer 4	
Müssen Sie während des größten Teils des Tages im Bett liegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87
Muss Ihnen jemand helfen, wenn Sie innerhalb Ihrer Stadt an einen anderen Ort gelangen wollen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	88
Müssen Sie sich wegen Ihres Gesundheitszustands den ganzen Tag oder einen großen Teil des Tages in der Wohnung aufhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	89

	Ohne Schwierigkeiten 1	Geringe Schwierigkeiten 2	Große Schwierigkeiten 3	Unmöglich 4	
Sind Sie in der Lage, einen Zug oder Bus zu benutzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90
Können Sie eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	91

23. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

29

	Ohne Schwierigkeiten 1	Geringe Schwierigkeiten 2	Große Schwierigkeiten 3	Unmöglich 4	
Können Sie ohne Begleitung 3 Stunden spazieren gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	92
Können Sie 30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	93
Können Sie 1.000 m gehen und eine Treppe über mehrere Etagen hinaufgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	94
Können Sie körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben) oder Sport treiben (z. B. Rennen, Skilaufen) ?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	95

24. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

30

	Ohne Schwierigkeiten 1	Geringe Schwierigkeiten 2	Große Schwierigkeiten 3	Unmöglich 4	
Können Sie gemeinsam mit einer anderen Person einen Küchentisch in ein anderes Zimmer tragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	96
Können Sie sich trotz Ihres Gesundheitszustandes eine warme Mahlzeit selbst zubereiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	97
Könnten Sie trotz Ihres Gesundheitszustandes Ihre Wäsche selbst richten, wenn Sie eine Waschmaschine und einen Trockner hätten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	98
Können Sie Lebensmittel oder Kleidung selbst einkaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	99

25. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

31

	Nie 1	Selten 2	Oft 3	Immer 4	
Ich habe Schwierigkeiten zu hören, was in einer normalen Unterhaltung mit mehreren Personen gesprochen wird.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100
Ich höre zwar, was andere Menschen sagen, habe aber Schwierigkeiten, das Gesagte zu verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101
Ich habe Schwierigkeiten, Orte (z.B. Geschäfte) wiederzufinden, die ich sehr gut kenne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102
Ich verlaufe mich leicht in Gegenden, die ich nicht so gut kenne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103
Beim Sprechen habe ich Schwierigkeiten mit der klaren Aussprache.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104
Mit anderen Menschen zu sprechen, strengt mich sehr an.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105

26. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie zutrifft:

32

	Nie 1	Selten 2	Oft 3	Immer 4	
Wie oft während des letzten Monats haben Sie sich innerlich gespannt und nervös gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106
Wie oft während des letzten Monats haben Sie sich über Ihre Nervosität oder Ihre "schlechten Nerven" geärgert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107
Wie oft während des letzten Monats hatten Sie das Gefühl, dass es Ihnen schwer fällt, sich zu beruhigen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108

27. Wenn Sie darüber nachdenken, wie Sie dem Leben gegenüberstehen oder Ihr Leben meistern, inwieweit stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

33

	Stimme voll und ganz zu 1	Stimme eher zu 2	Stimme eher nicht zu 3	Stimme überhaupt nicht zu 4	
Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
Ich fühle mich in meinem Leben gelegentlich hin und her geworfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	110
Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die ich erlebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	111
Oft fühle ich mich meinen Problemen ausgeliefert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	112

28. Wie schätzen Sie sich selbst ein, inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?

34

	Trifft voll und ganz zu 1	Trifft eher zu 2	Trifft eher nicht zu 3	Trifft überhaupt nicht zu 4	
Ich glaube, dass ich manchmal im Leben versagt habe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	113
Manchmal fühle ich mich recht wertlos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	114
Ich wünschte, ich hätte mehr Achtung vor mir selbst.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
Manchmal denke ich, dass ich recht nutzlos bin....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116

29. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

35

**Sehr
unzufrieden**

**Sehr
zufrieden**



Wie zufrieden sind Sie...

1 2 3 4 5 6 7

mit Ihrer Arbeitssituation bzw.
Ihrer Hauptbeschäftigung?

117

mit Ihrer Wohnsituation?

118

mit Ihrer finanziellen Lage?

119

mit Ihrer Freizeit?

120

mit Ihrer Gesundheit?

121

mit Ihrer familiären Situation?

122

mit Ihren Beziehungen zu
Freunden, Nachbarn,
Bekanntem?

123

**Und wenn Sie nun einmal
Ihre gesamte derzeitige Situation
berücksichtigen ...**

Wie zufrieden sind Sie
dann insgesamt
mit Ihrem Leben?

124

Ihr Beruf

Nur für Berufstätige!

30. Welche der folgenden Bedingungen belasten Sie in Ihrer derzeitigen Berufstätigkeit?

40

Bitte **in jede Zeile** ein Kreuz

	Belastet(e) mich			
	stark 1	wenig 2	gar nicht 3	
Überstunden, lange Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	129
Wechselschicht ohne Nachtarbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130
Wechselschicht mit Nachtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
Akkord- oder Stückarbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
Chemische Schadstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
Hitze, Kälte, Nässe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
Arbeit am Bildschirm, EDV-Terminal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136
Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	137
Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung, Körperhaltung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	138
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	139
Arbeitstempo wird durch Maschinen bestimmt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	140
Starke Konzentration.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	141
Widersprüchliche Anforderungen, Anweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	142
Langweilige, gleichförmige Arbeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	143
Häufige Störungen und Unterbrechungen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	144
Zwang zu schnellen Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	145
Hohe Verantwortung für Menschen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	146
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	147

Nur für Berufstätige !

31. Wie häufig machen Sie sich Sorgen, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft...

41

	Nie 1	Manch- mal 2	Oft 3	Immer 4	
weniger verdienen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	148
arbeitslos werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	149
einen schlechteren Arbeitsplatz bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	150
schlechtere Aufstiegsmöglichkeiten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	151
vorzeitig berentet werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	152

Angaben zur Person

32. Wie alt sind Sie?

45

Jahre

157

33. Ihr Geschlecht:

46

Männlich 1

Weiblich..... 2

158

Und nun noch zwei letzte Fragen:

**34. Wie lange ungefähr haben Sie zum Ausfüllen des Fragebogens
gebraucht?**

Etwa Minuten

48

160

35. Und wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

- Anregend, aufschlussreich 1
- Ziemlich langweilig 2
- Eher lästig 3
- Richtig unangenehm 4

49

161

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben noch einmal auf Vollständigkeit.