



Fragebogen

**zu Ihrer Gesundheit
in Beruf und Alltagsleben**

Wie wird's gemacht?

- **Das Ausfüllen dieses Fragebogens geht schneller, als Sie vielleicht befürchten!** (Im Durchschnitt dauert es etwa 20-40 Minuten).
- **Die meisten Fragen lassen sich einfach durch Ankreuzen der vorgegebenen Kästchen beantworten. Ein Tipp: überlegen Sie nicht zu lange, sondern kreuzen Sie die Antwort an, die Ihnen spontan als die zutreffendste erscheint!**
- **Bitte machen Sie pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen! Entscheiden Sie sich bitte für eine der Antwortmöglichkeiten!**

Beispiel:

	Meis- tens	Ziem- lich oft	Manch- mal	Selten	Nie
Richtig: Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falsch!: Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich konnte schlecht einschlafen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Manchmal ist es auch erforderlich, Zahlen einzutragen:**

Beispiel: **Wie alt sind Sie?** 52 Jahre

- **Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Lassen Sie dabei keine Frage aus, außer Sie werden ausdrücklich dazu aufgefordert!**

Beispiel: **Sind Sie Raucher?**

Nein	Ja
<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
↓		

Weiter mit Frage ...!

- **Füllen Sie alle Unterpunkte einer Frage aus, auch wenn sie auf Sie nicht zutreffen!**

Beispiel: **Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?**

	Stark	Ziem- lich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- **Wenn Sie Anmerkungen zu den Fragen haben, können Sie diese auf der letzten Seite des Fragebogens notieren.**

- **Wir würden gerne wissen, wie lange Sie zum Ausfüllen des Fragebogens brauchen. Bitte schauen Sie jetzt auf die Uhr und notieren Sie die Zeit. Die Zeit, die Sie für das Ausfüllen benötigt haben, können Sie dann am Ende des Bogens eintragen.**

Aktuelle Uhrzeit:

Ihre Gesundheit

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

1

Sehr stark

1

Stark

2

Ziemlich

3

Etwas

4

Wenig

5

Gar nicht

6

2. Wie viel kann man Ihrer Meinung nach tun, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern?

2

Sehr viel

1

Viel

2

Einiges

3

Etwas

4

Wenig

5

Nichts

6

3. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

3

Sehr gut

1

Gut

2

Zufrieden-
stellend

3

Weniger gut

4

Schlecht

5

Sehr schlecht

6

4. Wegen welcher Krankheit sind Sie hauptsächlich zur Rehabilitation gekommen?
(bitte hier eintragen)

4

5. Wie viel wiegen Sie ohne Bekleidung?

5

Kilogramm

6. Wie groß sind Sie?

6

Zentimeter

7. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten so krank,
dass Sie das Bett hüten mussten?

7

An keinem Tag

0

oder:

An ca.

Tagen

8. Wie Sie wahrscheinlich wissen, gibt es bestimmte Dinge, die als „Risikofaktoren“, d.h. als schädlich für die Gesundheit betrachtet werden. Die meisten Menschen haben einen oder mehrere Risikofaktoren.

Inwieweit liegen folgende Risikofaktoren bei Ihnen vor?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht		
Rauchen	<input type="checkbox"/>	8					
Übergewicht.....	<input type="checkbox"/>	9					
Falsche Ernährung	<input type="checkbox"/>	10					
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/>	11					
Stress und Hektik.....	<input type="checkbox"/>	12					
Alkoholkonsum	<input type="checkbox"/>	13					
	1	2	3	4	5		
	Stark erhöht	Ziemlich erhöht	Mäßig erhöht	Ein wenig erhöht	Gar nicht erhöht	Weiß nicht	
Cholesterin.....	<input type="checkbox"/>	14					
Blutzucker (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	15					
Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	16					
	1	2	3	4	5	6	

9. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?

So gut wie nie

1



Selten

2



Manchmal

3



Ziemlich oft

4



Meistens

5



Immer

6



Bitte weiter mit Frage 14!

Weiter mit der nächsten Frage!

Fragen 10 bis 13 bitte nur beantworten, wenn Sie in der letzten Zeit Schmerzen hatten!

10. Wo hatten Sie diese Schmerzen? (bitte hier eintragen)

11. Wie stark waren diese Schmerzen?

19

Ich hatte keine Schmerzen

1

Sehr leicht

2

Leicht

3

Mäßig

4

Stark

5

Sehr stark

6

12. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?

20

Nicht beeinträchtigt

1

Wenig beeinträchtigt

2

Etwas beeinträchtigt

3

Ziemlich beeinträchtigt

4

Stark beeinträchtigt

5

Sehr stark beeinträchtigt

6

13. An wie vielen Tagen in den letzten 7 Tagen hatten Sie starke oder störende Schmerzen?

21

An Tagen in den letzten 7 Tagen

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

14. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben:

22

23

24

25

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen in normalem Schritt ein Stockwerk hoch	<input type="checkbox"/>				
... beim bergan Gehen oder beim schnellen Gehen auf ebener Strecke	<input type="checkbox"/>				
... beim schnellen Treppensteigen über drei Stockwerke	<input type="checkbox"/>				
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

15. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen	<input type="checkbox"/>	26				
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen	<input type="checkbox"/>	27				
... bei längerem Gehen (ca. eine halbe Stunde lang).....	<input type="checkbox"/>	28				
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.....	<input type="checkbox"/>	29				
	1	2	3	4	5	

16. Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen unter den folgenden Schwierigkeiten gelitten?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe Namen von Personen vergessen, die mir eigentlich bekannt sind	<input type="checkbox"/>	30				
Ich konnte mich nicht besonders gut konzentrieren.....	<input type="checkbox"/>	31				
Ich habe ab und zu Erledigungen vergessen.....	<input type="checkbox"/>	32				
Ich hatte das Gefühl, komplizierte Dinge nur langsam zu begreifen	<input type="checkbox"/>	33				
Ich konnte mir neue Dinge nicht besonders gut einprägen.....	<input type="checkbox"/>	34				
	1	2	3	4	5	

Familie, Freunde und Bekannte

**17. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst eingeschlossen?
Zählen Sie dabei bitte auch die Kinder mit!**

Insgesamt Person(en)

Davon Person(en) unter 18 Jahren

35

36

18. Wie ist Ihr Familienstand?

Ledig

1

Verheiratet

2

Geschieden /
getrennt lebend

3

Verwitwet

4

Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

Nein

1

Ja

2

37

38

19. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit in der letzten Zeit folgende Aussagen auf Sie zutrafen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weit- gehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu
Es gibt kaum jemanden, der mir Arbeit abnimmt, wenn ich einmal Hilfe brauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über persönliche Dinge kann ich eigentlich mit kaum jemand sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne zu wenige Menschen, die ich bei Problemen um Rat fragen kann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fehlen Menschen, die mich wirklich verstehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

39

40

41

42

20. Inwieweit machen Sie sich zurzeit über folgende Dinge Sorgen?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Wegen meiner Krankheit kann ich mich nicht mehr genügend um meine Familie und meine Freunde kümmern	<input type="checkbox"/>	43				
Mein Gesundheitszustand geht anderen „auf die Nerven“	<input type="checkbox"/>	44				
Wegen meines Gesundheitszustands bleibt mir weniger Zeit für Familie und Bekannte	<input type="checkbox"/>	45				
Durch meine Krankheit belaste ich die Menschen, die mir nahe stehen.....	<input type="checkbox"/>	46				
	1	2	3	4	5	

Alltägliche Sorgen und Probleme

21. Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie in den letzten 4 Wochen folgende Gefühle hatten:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt	<input type="checkbox"/>	47				
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwer fällt, mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	48				
Ich fühlte mich rastlos, musste ständig in Bewegung sein	<input type="checkbox"/>	49				
Ich hatte ein ängstliches Gefühl in der Magengegend.....	<input type="checkbox"/>	50				
	1	2	3	4	5	

22. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen:

Wie stark hat Sie Ihr Gesundheitszustand in den letzten 4 Wochen bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben in Beruf oder Haushalt eingeschränkt?

Sehr stark

1

Stark

2

Ziemlich

3

Etwas

4

Wenig

5

Gar nicht

6

51

23. Wie häufig fühlten Sie sich in den letzten 4 Wochen ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... völlig erschöpft?.....	<input type="checkbox"/>	52				
... lustloser als früher?	<input type="checkbox"/>	53				
... unruhig und abgespannt?.....	<input type="checkbox"/>	54				
... wie eine Batterie, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	55				
	1	2	3	4	5	

24. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
... dass Sie sich zu nichts entschließen können?.....	<input type="checkbox"/>	56				
... dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	57				
... dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	58				
... ohne Schwung zu sein?.....	<input type="checkbox"/>	59				
	1	2	3	4	5	

25. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie zurzeit folgenden Aussagen zustimmen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu	
Die Lösung schwieriger Probleme gelingt mir immer, wenn ich mich darum bemühe.....	<input type="checkbox"/>	60				
Es bereitet mir keine Schwierigkeiten, meine Absichten und Ziele zu verwirklichen.....	<input type="checkbox"/>	61				
In unerwarteten Situationen weiß ich immer, wie ich mich verhalten soll	<input type="checkbox"/>	62				
	1	2	3	4	5	

26. Wenn Sie an die letzten 4 Wochen denken: Wie schätzen Sie sich selbst ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie	
Ich habe bei manchen Aufgaben versagt und hätte vieles besser machen können	<input type="checkbox"/>	63				
Ich habe mir gewünscht, ich hätte mehr Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	64				
Ich fand, dass ich mich zu leicht von anderen einschüchtern lasse	<input type="checkbox"/>	65				
	1	2	3	4	5	

27. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Völlig unzufrieden						Völlig zufrieden	
Wie zufrieden waren Sie ...								
... mit Ihrer Wohnsituation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	66
... mit Ihrer finanziellen Lage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67
... mit Ihrer Freizeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	68
... mit Ihrer Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69
... mit Ihrer familiären Situation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70
... mit Ihren Beziehungen zu Freunden, Nachbarn, Bekannten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	71
Und wenn Sie nun einmal Ihre gesamte derzeitige Situation berücksichtigen ...	Völlig unzufrieden						Völlig zufrieden	
Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen dann insgesamt mit Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	72
	1	2	3	4	5	6	7	

Gesundheit und Krankheit im alltäglichen Leben

Die folgenden Fragen nach alltäglichen Tätigkeiten

beziehen sich auf die Zeit vor Beginn Ihrer derzeitigen Behandlung.

Bitte beachten Sie jeweils den Zeitraum, der in den einzelnen Fragen angesprochen ist.

Falls Sie gerade einen stationären Krankenhausaufenthalt (z.B. wegen einer Operation) hinter sich haben, beziehen Sie die Fragen bitte auf die Zeit vor diesem Krankenhausaufenthalt.

28. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten	
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben).....	<input type="checkbox"/>	73				
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen.....	<input type="checkbox"/>	74				
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden.....	<input type="checkbox"/>	75				
Zu einer kulturellen Veranstaltung oder einem Fest gehen.....	<input type="checkbox"/>	76				
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z.B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	77				
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen)	<input type="checkbox"/>	78				
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern)	<input type="checkbox"/>	79				
	1	2	3	4	5	

29. Wie gut sind Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten informiert?

Sehr gut

Gut

Zufriedenstellend

Weniger gut

Schlecht

Sehr schlecht

1

2

3

4

5

6

80

30. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten gehabt hätten, folgendes zu tun:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten
Eine Tageswanderung machen	<input type="checkbox"/>				
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z.B. in einer Warteschlange).....	<input type="checkbox"/>				
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen ...	<input type="checkbox"/>				
Eine Zugreise unternehmen, die länger als 8 Stunden dauert	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

81

82

83

84

31. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die folgenden Aussagen zur Zeit auf Sie zutreffen:

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Trifft voll zu	Trifft weitgehend zu	Trifft ziemlich zu	Trifft kaum zu	Trifft gar nicht zu
Wenn man sich ein bisschen umstellt, kann man trotz der Krankheit ganz gut im Alltag zurecht kommen	<input type="checkbox"/>				
Ich komme innerlich mit der Krankheit ganz gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>				
Trotz meiner Krankheit kann ich alle Dinge tun, die mir wirklich wichtig sind.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

85

86

87

32. Ich weiß, wie ich mich verhalten muss, um meine Krankheit positiv zu beeinflussen.

88

Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt etwas	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

33. Ich schaffe es, mein Wissen über die Krankheit in alltägliches Verhalten umzusetzen.

89

Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt etwas	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

34. Wie häufig haben Sie in den letzten 6 Monaten an einer Selbsthilfegruppe teilgenommen (z.B. Herzgruppe, Rheumagruppe o.ä.)?

90

Nie	Ein einziges Mal	Ein paar Mal, unregelmäßig	Einmal in jedem Monat	In jedem Monat mehrmals	Mindestens einmal pro Woche
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6

Angaben zur Person

35. Wie alt sind Sie?

91

Jahre

36. Ihr Geschlecht?

92

Männlich

1

Weiblich

2

37. Ihre Staatsangehörigkeit?

93

Deutsch

1

Andere

2

38. Wie lange waren Sie in den letzten 5 Jahren insgesamt arbeitslos gemeldet?

94

Nie

1

Bis zu 6 Monate

2

6-12 Monate

3

Länger als
12 Monate

4

39. Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

1

Beantragt

2

Ja

3



Mit welchem
Behinderungsgrad (Prozent)?
Bitte hier die Zahl eintragen:

95

96

40. Welche berufliche Stellung haben Sie? Wenn Sie nicht mehr oder zurzeit nicht berufstätig sind, nennen Sie bitte die letzte Stellung.

(Bei den männlichen Bezeichnungen sind selbstverständlich auch Frauen gemeint!)

Bitte nur eine Angabe!

Arbeiter / Arbeiterin

- Ungelernter oder angelernter Arbeiter 1
- Gelernter Arbeiter, Facharbeiter 2
- Vorarbeiter, Kolonnenführer, Meister, Polier, Brigadier 3

Angestellter / Angestellte

- Angestellter mit einfacher Tätigkeit (z.B. Verkäufer, Kontorist)..... 4
- Angestellter mit schwieriger Tätigkeit (z.B. Sachbearbeiter, Buchhalter) 5
- Angestellter mit leitender Tätigkeit (z.B. wissenschaftlicher Angestellter, Abteilungsleiter) 6
- Angestellter mit umfassenden Tätigkeiten (z.B. Direktor, Geschäftsführer)..... 7

Beamter / Beamtin (einschließlich Richter und Berufssoldaten)

- Beamter im einfachen Dienst..... 8
- Beamter im mittleren Dienst..... 9
- Beamter im gehobenen Dienst 10
- Beamter im höheren Dienst 11

Selbständiger / Selbständige (einschließlich mithelfende Familienangehörige)

- Selbständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer..... 12
- Akademiker in freiem Beruf (z.B. Arzt, Rechtsanwalt, Steuerberater)..... 13
- Selbständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung 14
- Mithelfender Familienangehöriger 15

- Sonstiges** (z.B. Auszubildender, Schüler, Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Praktikant) .. 16

- Noch nie berufstätig gewesen** 17

41. Welchen höchsten Schulabschluss haben Sie?

98

- Volksschul- oder Hauptschulabschluss..... 1
- Mittlere Reife, Realschulabschluss 2
- Polytechnische Oberschule 3
- Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule)..... 4
- Abitur / Hochschulreife..... 5
- Anderen Schulabschluss 6
- Keinen Schulabschluss..... 7

42. Sind Sie erwerbstätig?

(Als erwerbstätig gilt auch, wer zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.)

Ja, ich bin erwerbstätig 1 →

Bitte weiter mit Frage 43

99

Nein, ich bin nicht erwerbstätig.... 2
sondern ...

Bitte nur eine Angabe!

... Hausfrau / Hausmann 1 →

... in Ausbildung oder Umschulung 2 →

... arbeitslos gemeldet..... 3 →

... im vorzeitigen Ruhestand..... 4 →

... **befristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente 5 →

... **unbefristet** in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente 6 →

... **ganz** in Altersrente / pensioniert 7 →

... in Teilrente (z.B. Altersteilzeit) 8 → ... mit % →

... Sonstiges 9 →

Bitte weiter mit Frage 53

100

101

**Frage 43 bis Frage 52 bitte nur ausfüllen, wenn Sie erwerbstätig sind!
Wenn Sie nicht (mehr) erwerbstätig sind, können Sie gleich mit Frage 53 weitermachen!**

Ihre Berufstätigkeit

43. Wie viele Stunden arbeiten Sie zurzeit durchschnittlich in der Woche in Ihrem Beruf? 102

Bitte rechnen Sie dabei auch regelmäßig anfallende Überstunden ein.

Stunden in der Woche

44. Wie zufrieden waren Sie in den letzten 4 Wochen mit ihrer beruflichen Situation? 103

Völlig
unzufrieden

Völlig
zufrieden



1

2

3

4

5

6

7

45. Wie sehr fühlen Sie sich durch folgende Bedingungen in Ihrer Berufstätigkeit belastet?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich fühle mich belastet durch ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht	
Überstunden, lange Arbeitszeit.....	<input type="checkbox"/>	104				
Lärm	<input type="checkbox"/>	105				
Körperlich anstrengende Arbeit	<input type="checkbox"/>	106				
Unangenehme einseitige körperliche Beanspruchung oder Körperhaltung.....	<input type="checkbox"/>	107				
Andauerndes oder fast andauerndes Stehen	<input type="checkbox"/>	108				
Hohes Arbeitstempo, Zeitdruck.....	<input type="checkbox"/>	109				
Häufige Störungen und Unterbrechungen	<input type="checkbox"/>	110				
Zwang zu schnellen Entscheidungen.....	<input type="checkbox"/>	111				
Meine Arbeitsleistung wird streng kontrolliert.....	<input type="checkbox"/>	112				
	1	2	3	4	5	

46. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 12 Monaten krankgeschrieben?

113

An keinem Tag **oder:** An ca. Tagen
0

47. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich erwarte / ich hoffe, dass...	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig
... man mir bei einer Rentenantragstellung hilft	<input type="checkbox"/>				
... man mich über berufliche Umschulungsmöglichkeiten informiert und berät.....	<input type="checkbox"/>				
... man mir bei Problemen am Arbeitsplatz hilft	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

114

115

116

48. Wie schätzen Sie derzeit Ihre berufliche Tätigkeit ein?

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stimmt voll und ganz	Stimmt weitgehend	Stimmt ziemlich	Stimmt kaum	Stimmt überhaupt nicht
Meine Arbeit macht mir Freude.....	<input type="checkbox"/>				
Mit meiner Arbeit komme ich gut zurecht.....	<input type="checkbox"/>				
Ich fühle mich durch meine Arbeit überlastet.....	<input type="checkbox"/>				
Ich habe das Gefühl, dass die Arbeit meine Gesundheit beeinträchtigt.....	<input type="checkbox"/>				
Die Leistungsanforderungen in meinem Beruf sind einfach zu hoch.....	<input type="checkbox"/>				
Ich kann meine Talente und Fähigkeiten voll einbringen.....	<input type="checkbox"/>				
In der Firma herrscht ein angenehmes Arbeitsklima.....	<input type="checkbox"/>				
Die Bezahlung ist für die von mir verrichtete Tätigkeit angemessen.....	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

117

118

119

120

121

122

123

124

49. Wie stark haben Sie sich in den letzten 4 Wochen Gedanken darüber gemacht, dass Sie wegen Ihres Gesundheitszustandes in Zukunft ...

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... weniger verdienen könnten, z.B. weil Sie Ihre Arbeitszeit reduzieren müssen?	<input type="checkbox"/>				
... arbeitslos werden könnten?	<input type="checkbox"/>				
... in Ihrem Beruf nicht mehr so gut vorankommen?	<input type="checkbox"/>				
... Ihre Berufstätigkeit ganz aufgeben müssen und vorzeitig berentet werden?	<input type="checkbox"/>				
	1	2	3	4	5

50. Wenn Sie einmal an die Zukunft denken: Glauben Sie, dass Sie in einem Jahr noch berufstätig sein werden?

Ich halte das für ...

Sehr wahrscheinlich	Ziemlich wahrscheinlich	Eher wahrscheinlich	Eher unwahrscheinlich	Ziemlich unwahrscheinlich	Sehr unwahrscheinlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
1	2	3	4	5	6

51. Wie wird Ihre Situation vermutlich in einem Jahr sein?

Bitte nur eine Angabe!

In etwa einem Jahr werde ich vermutlich ...

voll erwerbstätig sein (mind. 35 Std. pro Woche)	teilzeit-erwerbstätig sein	Hausfrau / Hausmann sein	in Ausbildung oder Umschulung sein	arbeitslos sein	im vorzeitigen Ruhestand sein	in Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente sein	in Altersrente / pensioniert sein	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7	8	9

52. Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung (Erwerbs- oder Berufsunfähigkeitsrente) gestellt, der noch nicht entschieden ist?

Nein

1

Ja

2

Die folgenden Fragen sollten wieder von allen beantwortet werden!

Und nun noch einige letzte Fragen

53. Sicherlich haben Sie bestimmte Erwartungen und Wünsche an den Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung. Kreuzen Sie bitte an, wie wichtig Ihnen folgende Erwartungen sind.

Bitte in jede Zeile ein Kreuz!

Ich erwarte / ich hoffe, dass...	Sehr wichtig	Ziemlich wichtig	Mäßig wichtig	Wenig wichtig	Gar nicht wichtig	
... ich Abstand vom Alltag gewinne.....	<input type="checkbox"/>	132				
... man mir bei arbeits- und sozialrechtlichen Fragen hilft.....	<input type="checkbox"/>	133				
... bestätigt wird, dass meine Leistungsfähigkeit vermindert ist	<input type="checkbox"/>	134				
... man mir eine genaue Diagnose mitteilt	<input type="checkbox"/>	135				
... man mich darüber berät, wie ich personelle oder finanzielle Hilfen erhalten kann.....	<input type="checkbox"/>	136				
... ich meine körperliche Leistungsfähigkeit erhöhen kann.....	<input type="checkbox"/>	137				
	1	2	3	4	5	

54. Wie hoch ist das monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushaltes insgesamt?

138

Das Nettoeinkommen ist die Summe aus Lohn / Gehalt / Einkommen usw., jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialabgaben.

Diese Angabe ist für statistische Zwecke sehr hilfreich, jedoch nicht unbedingt erforderlich.

Bitte nur eine Angabe!

bis unter 500 €.....	<input type="checkbox"/>	1
500 bis unter 1.000 €.....	<input type="checkbox"/>	2
1.000 bis unter 1.500 €.....	<input type="checkbox"/>	3
1.500 bis unter 2.000 €.....	<input type="checkbox"/>	4
2.000 bis unter 2.500 €.....	<input type="checkbox"/>	5
2.500 bis unter 3.000 €.....	<input type="checkbox"/>	6
3.000 bis unter 3.500 €.....	<input type="checkbox"/>	7
3.500 € und mehr.....	<input type="checkbox"/>	8

55. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?

139

**Anregend,
aufschlussreich**

1

**Ziemlich
langweilig**

2

Eher lästig

3

**Richtig
unangenehm**

4

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

140

Etwa Minuten

57. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:

141

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

**Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch
und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.**