

# 1-DAY-CHECKUP

STOP ... FOR HEALTH

## Fragebogen zu Gesundheit und Lebensqualität (orientierende Screeninguntersuchung zur Selbsteinstufung)

BriefAnrede

bitte nehmen Sie einen Stift und markieren Sie die zutreffende Antwort.

### 1.) Ich habe einen Gesundheitscheck bei mir durchführen lassen

- |                                      |          |                          |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|
| a) Nein, noch nie                    | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) Ja, innerhalb der letzten 5 Jahre | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) Ja, innerhalb der letzten 2 Jahre | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 2.) Ich habe eine Vorsorgeuntersuchung bei mir durchführen lassen

- |                                      |          |                          |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|
| a) Nein, noch nie                    | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) Ja, innerhalb der letzten 5 Jahre | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) Ja, innerhalb der letzten 2 Jahre | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 3.) Ich rauche Zigaretten in folgenden Mengen:

- |                                      |          |                          |
|--------------------------------------|----------|--------------------------|
| a) Mehr als eine Schachtel pro Woche | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) Bis zu einer Schachtel pro Woche  | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) Nein, ich rauche gar nicht        | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 4.) Ich trinke Alkohol in folgenden Mengen:

- |  |          |                          |
|--|----------|--------------------------|
| a) täglich und mehr als 1 Flasche Wein | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) mehr als 3 mal pro Woche            | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) bis zu 3 mal pro Woche              | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 5) Ich nehme beruhigende Medikamente

- |                          |          |                          |
|--------------------------|----------|--------------------------|
| a) regelmäßig und häufig | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) von Zeit zu Zeit      | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) Nie                   | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 6) Ihr Körpergewicht liegt in Bezug auf das Normalgewicht (Körpergröße in cm minus 100)

- |                      |          |                          |
|----------------------|----------|--------------------------|
| a) deutlich darüber  | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) in diesem Bereich | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) 10-15% darunter   | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 7) Ich betätige mich sportlich (> 30 min):

- |                                |          |                          |
|--------------------------------|----------|--------------------------|
| a) weniger als 1 mal pro Woche | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) 1-2 mal pro Woche           | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) mehr als 2 mal pro Woche    | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 8) Meine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit liegt

- |                           |          |                          |
|---------------------------|----------|--------------------------|
| a) über 60 Stunden        | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) zwischen 50-60 Stunden | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) unter 50 Stunden       | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 9) Stress in meiner beruflichen Tätigkeit empfinde ich:

- |                                |          |                          |
|--------------------------------|----------|--------------------------|
| a) zu häufig und viel zu stark | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) häufig und mäßig stark      | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) gut erträglich              | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 10) In meiner Freizeit kann ich mich gut entspannen

- |                                    |          |                          |
|------------------------------------|----------|--------------------------|
| a) nicht oder nur sehr selten      | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) von Zeit zu Zeit aber zu selten | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) mehrmals pro Woche              | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 11) Müde und erschöpft fühle ich mich:

- |                                 |          |                          |
|---------------------------------|----------|--------------------------|
| a) täglich                      | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) bis zu 3 mal pro Woche       | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) seltener als 3 mal pro Woche | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 12) Gedanken daran, den Beruf aufzugeben habe ich:

- |                         |          |                          |
|-------------------------|----------|--------------------------|
| a) mehrmals pro Woche   | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) 3-4 mal im Monat     | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) etwa 1 mal pro Monat | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 13) Meine Zufriedenheit über meine partnerschaftliche Situation ist:

- |                           |          |                          |
|---------------------------|----------|--------------------------|
| a) gering bis sehr gering | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) befriedigend           | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) gut                    | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

### 14) In meinen Leben und Handeln fühle ich einen klaren Sinn:

- |                       |          |                          |
|-----------------------|----------|--------------------------|
| a) 0-2 mal pro Monat  | 0 Punkte | <input type="checkbox"/> |
| b) 1 mal pro Woche    | 1 Punkt  | <input type="checkbox"/> |
| c) mehrfach pro Woche | 2 Punkte | <input type="checkbox"/> |

**Gesamtpunktzahl:** .....