

Fragebogen zur Beanspruchung

Die folgenden Aussagen beschreiben Gefühle und Eindrücke, die sich auf Ihre Arbeit beziehen. Bitte geben Sie an, inwieweit jede Aussage für Sie zutrifft, indem Sie für jede Aussage die entsprechende Antwort ankreuzen.

		trifft gar nicht zu	überwiegend nicht	eher nicht	teils, teils	eher ja	überwiegend ja	trifft völlig zu
1	Ich fühle mich optimistisch und schwungvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Meine Arbeit frustriert mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich reagiere gereizt, obwohl ich es gar nicht will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Wenn ich müde von der Arbeit nach Hause komme, bin ich ziemlich nervös.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun folgen einige Fragen nach der Häufigkeit verschiedener körperlicher Beschwerden. Natürlich können in diesen Antworten nicht alle Besonderheiten berücksichtigt werden. Kreuzen Sie aber trotzdem immer ein Antwortkästchen an, und zwar das, welches noch am ehesten für Sie zutrifft. Schildern Sie bitte nicht Ihre vielleicht nur heute vorhandenen Beschwerden, sondern die Beschwerden, die während der letzten Zeit auftraten.

Wie häufig waren diese körperlichen Beschwerden in der letzten Zeit?		fast täglich	etwa 3x in der Woche	etwa 2x im Monat	etwa 2x im Jahr	praktisch nie
5	Fühlen Sie sich morgens nach dem Aufstehen noch müde und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ist Ihr körperliches Leistungsvermögen verringert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ermüden Sie schnell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Bekommen Sie beim Treppensteigen Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Haben Sie Kreuzschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Spüren Sie, dass Ihr ganzer Körper verkrampft ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den folgenden Fragen wird nach der Intensität einiger Beschwerden gefragt:

Wie stark sind folgende körperlichen Beschwerden?		sehr stark	stark	mittel	kaum	praktisch nicht
12	Spüren Sie bei Aufregung Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Sind Sie empfindlich gegenüber grellen Farben oder Farbgegensätzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Haben Sie das Gefühl, im Stress zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Haben Sie sich in letzter Zeit Sorgen um Ihre Gesundheit gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weiter Seite 2 >>

		sehr gut	gut	teils, teils	eher schlecht	schlecht
16	Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand insgesamt während der letzten Zeit ein? Mein Gesundheitszustand ist:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ca. 1x pro Woche	ca. 1x pro Monat	ca. 1x pro Halbjahr	ca. 1x pro Jahr	nie
17	Wie oft waren Sie im letzten Jahr beim Hausarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		keinen Tag	bis zu 5 Tagen	bis zu 10 Tagen	mehr als 10 Tage
18	Wie viele Arbeitstage mussten Sie in den letzten drei Monaten insgesamt wegen Krankheit von der Arbeit fernbleiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei den nächsten Fragen bitten wir Sie, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen, die Ihre außerberufliche Situation betreffen. Kreuzen Sie bitte jeweils das Antwortkästchen an, welches Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht.

		nein, gar nicht	eher nein	teils, teils	eher ja	ja, genau
19	Ich fühle mich oft als Außenseiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Haben Sie in den letzten Wochen das Gefühl gehabt, dauernd unter Druck zu stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Haben Sie sich in den letzten Wochen wertlos gefühlt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		voll und ganz	weitgehend	teilweise	nein
23	Können Sie sich in Ihrer Freizeit ausreichend entspannen (z. B. durch Erholung, Sport ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!