



Name:

Fragebogen: Mein Gesundheitsverhalten

Es freut mich, dass Sie sich für Ihre Gesundheit interessieren. Ich gratuliere Ihnen zu Ihrem mutigen und wichtigen Schritt zur Förderung Ihrer Gesundheit.

Der Fragebogen hilft Ihnen, wesentliche Elemente Ihrer Gesundheit zu erkennen. Sie entscheiden, welche Sie beibehalten, verbessern oder verändern wollen.

Ich freue mich auf die gemeinsame Besprechung Ihres Fragebogens am:

Datum:

Praxisstempel:

Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin:

.....

1. Allgemeiner Gesundheitszustand

Nachfolgend sehen Sie einige Gesichter, die verschiedene Gefühle ausdrücken.

Welcher Gesichtsausdruck drückt am besten aus, wie es Ihnen zurzeit gesundheitlich geht?

sehr gut



sehr schlecht

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

2. Was beeinflusst Ihr Wohlbefinden und die Gesundheit günstig?

Diese Aussage trifft für mich ... (bitte auf jeder Zeile entsprechendes Feld ankreuzen)	voll und ganz zu	ziemlich zu	eher nicht zu	gar nicht zu
Ich habe das Gefühl, dass mein Leben sinnvoll ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Freude am Leben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was auch immer passiert, ich kann die gute Seite daran sehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme gut zu recht mit Dingen, die ich in meinem Leben nicht ändern kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin zufrieden mit der Art und Weise, wie ich meine Lebenspläne verwirkliche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Zukunft sieht positiv aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Berufs- und Privatleben sind im Gleichgewicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir fällt es leicht, mit fremden Menschen Kontakt aufzunehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In meinem sozialen Umfeld (z.B. Familie, Freundeskreis, Nachbarschaft) fühle ich mich wohl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alles in allem fühle ich mich...

gut
 eher gut
 eher schlecht
 schlecht

(bitte Zutreffendes ankreuzen)

Wenn Sie an die letzten 7 Tage denken, an ungefähr wie vielen Tagen waren Sie

ruhig, ausgeglichen? an Tagen

voller Kraft, Energie? an Tagen

angespannt, nervös? an Tagen

niedergeschlagen, verstimmt? an Tagen

3. Gesundheitsverhalten

Rauchen

Jetzige Situation

Ich bin... (bitte die für Sie zutreffenden Felder ankreuzen)

<input type="radio"/> Nichtraucher/in (nie geraucht) Gratulation, bleiben Sie dabei! 	<input type="radio"/> Nichtmehrraucher/in <input type="radio"/> Ich habe aufgehört vor weniger als 6 Monaten. <input type="radio"/> vor mehr als 6 Monaten Ich habe während Jahren geraucht. Gratulation, bleiben Sie dabei! 	<input type="radio"/> Raucher/in Ich rauche seit Jahren. Ich rauche täglich... <input type="radio"/> weniger als 10 Zigaretten <input type="radio"/> 10 - 20 Zigaretten <input type="radio"/> 20 - 30 Zigaretten <input type="radio"/> mehr als 30 Zigaretten
---	--	--

<input type="radio"/> Ich bin täglich dem Rauch von anderen ausgesetzt (Passivrauchen). <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, 1 – 3 Stunden <input type="radio"/> Ja, mehr als 3 Stunden

Gewicht

Jetzige Situation

Meine Körpergröße cm (ohne Schuhe)

Mein Gewicht kg (mit leichter oder ohne Kleidung)

Neben dem Körpergewicht ist ebenso wichtig wie die überschüssigen Kilos im Körper verteilt sind. Deshalb gilt der Bauchumfang als wichtiger Hinweis für allfällige Risiken.

Messen Sie den **Bauchumfang** an der breitesten Stelle.

Mein Bauchumfang cm (ohne Kleidung)

Ernährung

Jetzige Situation

Diese Aussage trifft für mich ... (bitte auf jeder Zeile entsprechendes Feld ankreuzen)	voll und ganz zu	ziemlich zu	eher nicht zu	gar nicht zu
Ich trinke über den Tag verteilt 1 - 2 Liter ungezuckerte und alkoholfreie Getränke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse selten Fastfood oder andere Fertigmahlzeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse pro Tag mehrmals Früchte und Gemüse. (Empfohlen: 5 Portionen zu 120 Gramm pro Tag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich esse selten Schokolade, Rahmglace, ein Stück Torte, Chips, Energieriegel und andere Snacks.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich ernähre mich möglichst gesund, d.h. abwechslungsreich und fettarm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Regel esse ich die Hauptmahlzeit zusammen mit anderen Personen. (Familie, Partner, Freunde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegung

Jetzige Situation

Bitte Zutreffendes ankreuzen	4-5x od. mehr	2-3x	1x	nie
Wie oft pro Woche bewegen Sie sich leicht, so dass Sie mindestens ein bisschen «ins Schnaufen» kommen? Zum Beispiel: zügiges Gehen, Wandern, Tanzen, Gartenarbeit, Wohnungsputzen, Velo fahren (ohne Steigungen, gemütliches Tempo), Treppensteigen, leichtere Sportarten, usw. Wie lange bewegen Sie sich durchschnittlich an einem dieser Tage? Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche bewegen Sie sich so, dass Sie ins Schwitzen kommen? Zum Beispiel: Jogging, Tennis/Badminton/Squash, Fitnesskurse (auch Wassergymnastik), Rudern, Mannschaftssport, Schwimmen, Klettern, Inlineskaten, mehrstündige Bergwanderungen, usw. Auch Ausdauertraining an Geräten wie Hometrainer (Stepper, Laufband, Velo, Crosstrainer, Rudergerät, usw.) gehören dazu. Wie lange bewegen Sie sich durchschnittlich an einem dieser Tage? Minuten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche machen Sie Krafttraining im Fitnesscenter oder Zuhause? Zum Beispiel: Gewichtstraining, Muskeltraining, Widerstandstraining, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie oft pro Woche tun Sie bewusst etwas für Ihre Entspannung ? Zum Beispiel: Yoga, autogenes Training, progressive Muskelentspannung, Meditation, Tai Chi, Qi Gong, Pilates, Massage, Kräuter-/Schaum- oder Dampfbad, usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

Jetzige Situation

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

- Nie
- 1x pro Monat oder seltener
- 2 - 4x pro Monat
- 2 - 3x pro Woche
- 4x pro Woche oder öfter

Wie viele Einheiten (siehe Kasten nebenan) konsumieren Sie ungefähr an einem Tag, an dem Sie Alkohol trinken?

- 1 - 2
- 3 - 4
- 5 - 6
- 7 - 9
- 10 und mehr

Als Einheit gelten (10g Alkohol):

- 1 Glas Bier/Most (3 dl, Stange)
- 1 Glas Mixgetränk/Cocktail (2-3 dl)
- 1 Glas Wein/Sekt (1dl)
- 1 Gläschen Likör (0.3-0.4dl)
- 1 Gläschen Schnaps (0.2 dl)

Wie oft kommt es vor, dass Sie bei einer Gelegenheit (z.B. geselliger Abend, Fest) auf einmal vier oder mehrere Einheiten konsumieren?

- Nie
- Weniger als einmal im Monat
- Einmal im Monat
- Jede Woche einmal
- Täglich oder fast täglich

Stress und Belastungen

Jetzige Situation

Diese Aussage trifft für mich ... (bitte auf jeder Zeile entsprechendes Feld ankreuzen)	voll und ganz zu	ziemlich zu	eher nicht zu	gar nicht zu
Ich finde meistens Mittel und Wege, um mich bei Problemen und Widerständen durchzusetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde mit einigen meiner Probleme nicht fertig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich im Leben eigentlich hin und her geworfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit folgenden Fragen können Sie die möglichen Probleme eingrenzen.
(bitte ankreuzen, mehrere Antworten möglich)

Ich fühle mich in meinem Alltag häufig belastet durch:

- Termindruck, Zeitnot, Hetze
- Grosse familiäre Verpflichtungen (z.B. im Haushalt, Pflege von Angehörigen)
- Ehe- oder Partnerschaftsprobleme
- Grosse und unlösbare Probleme mit den Kindern (z.B. Erziehung oder Schule)
- Finanzielle Sorgen (z.B. Miete, Ratenzahlungen, Versicherungsprämien)
- Unzufriedenheit mit meinen Arbeitsbedingungen oder Arbeitszeiten (z.B. Lärmbelastung, Schichtarbeit)
- Spannungen am Arbeitsplatz (z.B. mit Kollegen, Vorgesetzten oder Kunden)
- Keine richtige Anerkennung meiner Arbeitsleistung
- Angst den Arbeitsplatz zu verlieren
- Unzufriedenheit mit der Wohnsituation (z.B. Lärm, zu kleine Wohnung, schlechte Lage usw.)

Insgesamt beurteile ich meine Möglichkeiten, selber Kontrolle über meinen Alltag und mein Leben zu haben, als...
(bitte Zutreffendes ankreuzen)

- hoch eher hoch eher tief tief
-

Andere Gesundheitsthemen

Gibt es weitere Gesundheitsthemen in Ihrem Leben, die Sie sehr beschäftigen oder sogar belasten (die aber bis hierher noch nicht erwähnt wurden)?

4. Weitere Ursachen, welche meine Gesundheit beeinflussen

Mögliche Ursachen

Im nächsten Schritt geht es darum, Ihr **mögliches Risiko für einige Krankheiten** wie z. B. Herzkreislauf, Hirnschlag, Darmkrebs, Brustkrebs, Osteoporose, Zuckerkrankheit einzuschätzen.

Bitte jede Zeile entsprechend ankreuzen (*):	Ja	Nein	Weiss nicht	Risikobereich (*)
Haben sie einen zu grossen Bauchumfang?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 88 cm (F) > 102 cm (M)
Haben Sie zu hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 140/90 mmHg
Haben Sie zu hohe Cholesterinwerte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 4.1 mmol/l für LDL
Haben Sie erhöhte Blutzuckerwerte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	> 7.0 mmol/l pp

(*) Diese Richtgrössen wurden in Zusammenarbeit mit dem interdisziplinären Projekt „Herzkreislauf-Cockpit“ (initiiert von MSD Merck Sharp & Dohme AG und unterstützt/begleitet von verschiedenen Organisationen aus dem Gesundheitswesen) entwickelt.

Kommt eine der folgenden **Krankheiten in Ihrer Verwandtschaft** gehäuft vor?

Bitte jede Zeile entsprechend ankreuzen:	Ja	Nein	Weiss nicht
Herz-Kreislaufkrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustkrebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Osteoporose (Knochenschwund)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
andere Krankheiten:	_____		

5. Meine Absicht etwas zu verändern

Nachdem Sie viele Fragen beantwortet haben, sehen Sie vielleicht bereits Möglichkeiten etwas zu verändern. In nachfolgender Tabelle können Sie eintragen, ob und wo Sie in nächster Zeit etwas verändern wollen.

	Beim Rauchen / (Passiv-rauchen)	Beim Gewicht	Bei der Ernährung	In der Bewegung	Beim Alkohol	Bei Stress und Belastung	Andere Gesundheits- themen (welche?)
Ja, ich will in den nächsten 30 Tagen etwas ändern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja, ich will in den nächsten 6 Monaten darüber nachdenken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, ich will keine Änderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aus welchem Grund? _____							

6. Meine Erfahrungen beim Ausfüllen dieses Fragebogens

Nachdem Sie viele Fragen beantwortet haben, sehen Sie vielleicht bereits Möglichkeiten, etwas zu verändern.

Auf der folgenden Seite (innen auf der Umschlagsseite) finden Sie ein paar **mögliche Fragen und Themen**, die Ihnen beim Ausfüllen durch den Kopf gegangen sein könnten. Sie können sich dort **Notizen** machen, als Vorbereitung auf die Besprechung in der nächsten Konsultation mit Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt.

Danke für das Ausfüllen des Fragebogens!

Bitte nehmen Sie den Fragebogen zu Ihrem nächsten Arztbesuch mit.