



**FORSCHUNGSGRUPPE FUNKTIONELLE
REHABILITATION UND GRUPPENSCHULUNG
WIEN e.V.**

www.diabetesFIT.org

Univ.-Prof. Dr. med. K. Howorka, Dr. med. J. Pumprla
Elsa Pernecky DGKS

November 2019 & 2020



Lieber Update-Teilnehmer,

Wie besprochen, ersuchen wir Sie, die Fragebögen zügig, ohne „Haarspalterei“, zu beantworten. Bitte nehmen Sie sich nicht mehr als ca. 25 Min Zeit, um es auszufüllen.

Inhaltsverzeichnis:

- Fragen zu Ihrer Diabetestherapie (Frage 25: Jahr letztes Update angeben)
- Algorithmen, Komplikationen und Hypoglykämie-Fragebogen
- ADDQoL: Lebensqualität bei Diabetes-Fragebogen
- DTSQ-State: Zufriedenheit mit Diabetesbehandlung-Fragebogen
- ADHS Aufmerksamkeit und Hyperkinesie-Beurteilungsbogen
- Arbeitsmedizinische Fragebögen (**Arbeitsanamnese, Workability-Index, HADS**)

Ich ersuche Sie sehr herzlich, alle Felder anzukreuzen, denn nur so können wir unsere gemeinsamen Ziele verwirklichen:

- (0) **Erfassung der Revolution** Wer verwendet schon Glukose-**Sensoren** und Zusatztherapien?
- (1) **Neue psychologische Instrumente** zur Messung von Dimensionen wie „**Empowerment**“
- (2) **Zusammenhänge** zwischen diesen **Dimensionen und chronischen Erkrankungen** wie Diabetes beschreiben (zB. zw. Lebensqualität, Behandlungszufriedenheit, Empowerment)
- (3) Zusammenhänge zwischen **ihrer Vorgeschichte** und den Eigenschaften ihres **Nervensystems** (zB. Hypoglykämie-Risiko vs. Aufmerksamkeitsdefizit) untersuchen.
- (4) Zusammenhänge zwischen **ihrer Vorgeschichte** und den Eigenschaften ihres **Berufslebens bzw etwaiger Frühpensionierung** bei Diabetes und assoziierten Erkrankungen untersuchen

Die statistischen Zusammenhänge werden nach Anonymisierung Ihres Datensatzes untersucht; da jedoch unterschiedliche Auswertungen unterschiedliche Datensätze benötigen werden, bitte ich Sie, alle Felder auszufüllen, auch wenn einige Felder mehrfach vorkommen. Dazu gehören zB.: Diabetesdauer, Name, Körpergröße und -Gewicht ua.

Falls Sie das Blutzuckerprotokoll führen, legen Sie bitte die letzte Woche diesem Fragebogen bei, sowie einen Zettel mit allen in der letzten Woche eingenommenen Medikamenten (mit den vorgeschriebenen und den wirklich eingehaltenen, s. nächste Seite).

Um etwaige Rückfragen bei Unklarheiten zu ermöglichen, bitte ich Sie die Telefonnummer anzugeben, wo ich Sie tagsüber erreichen kann,

Meine Telefonnummer tagsüber:.....Mail:.....

und jenen Arzt, der schwerpunktmäßig für Ihren Diabetes zuständig ist, falls Sie irgendwo anders -- als bei uns -- sonst in Betreuung sind:

Mein praktischer Arzt Facharzt für

Name des Arztes

Ort/Adresse/TeilNr.

Falls Sie einer anonymisierten Auswertung Ihres Datensatzes nicht zustimmen, bitte es hier zu vermerken:.....

Ich danke Ihnen für Ihre wertvolle Mitarbeit!



- Ich lege ein BZ-Protokoll bei
- Ich führe kein BZ-Protokoll

Meine Therapievorschrift:

Wirklich eingehaltene Therapie in der letzten Woche:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ao Univ.-Prof. DDr.med. Kinga HOWORKA, PhD, MBA,
MMSc. Medizinische Universität Wien, AKH, 4L
A 1090 Wien, Währinger Gürtel 18-20
E-mail: kinga.howorka@meduniwien.ac.at



Clinical care: www.diabetesFIT.org
Metabolic Competence Center
1180 Wien, Leo Slezak Gasse 2/1-4
Tel (Mo, Di, Fr) 01 406 06 96
Fax +43 1 403 4951
kinga@howorka.com

**FRAGEBOGEN
ZUR LEBENSQUALITÄT
UND
ZUR PRAKTIKABILITÄT DER INSULINTHERAPIE**

FIT – Update 2019 +2020

Familienname:.....

Vorname:

Datum:



Fragen zu Ihrer Person und zu der durchgeführten Diabetestherapie (Praktikabilität_DATEN)

1. Geschlecht

- männlich (FrageNr. 1.1) weiblich (1.2)

2. Alter:

3. Diabetesdauer Jahre (3), **4. Gewicht:** kg (4), **5. Größe:** cm (5)

6. Familienstand:

- ledig (6.1) verheiratet/fester Partner (6.2) geschieden (6.3) verwitwet (6.4)

7. Wie sind Sie beschäftigt?

- Vollzeit (7.1) Teilzeit (7.2) arbeitslos (7.3) Hausfrau/Hausmann (7.4)
 in Ausbildung (7.5) Pensionist (7.6) in Frühpension (7.7) Sonstige (7.8)

8. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein Schulabschluss (8.1) Hauptschule (8.2) Berufsschule, Lehre (8.3)
 Matura / Abitur (8.4) Hochschulabschluss (8.5)

9. Welche Form der Diabetesbehandlung führen Sie durch?

- konventionell (9.1) intensiviert (9.2) funktionell (9.3)

10. Anzahl der Insulininjektionen / Tag:

- 1x (10.1) 2x (10.2) 3x (10.3) 4x (10.4)
 5x (10.5) 6x (10.6) 7x (10.7) 8x oder mehr (10.8)

11. Insulinpumpe

- ja (11.1) nein (11.2)

12. Passen Sie die Insulindosis an die gemessenen Blutzuckerwerte an ?

- nie (12.1)

doch, und zwar pro Tag

- 1x (12.2) 2x (12.3) 3x (12.4) 4x (12.5) häufiger (12.6)

13. In welcher Form halten Sie die „Diabetesdiät“ ein?

- festgelegte Essenszeiten / festgelegte Essensmengen (13.1)
 festgelegte Essenszeiten/ variable Essensmengen (13.2)
 variable Essenszeiten / variable Essensmengen (13.3)

14. Wie häufig führen Sie Blutzuckerselbstmessung durch

- nie (14.1) sporadisch, nicht täglich (14.2) 1x/Tag (14.3) 2x/Tag (14.4)
 3x/Tag (14.5) 4x/Tag (14.6) 5x/Tag (14.7) 6x/Tag (14.8)
 7x/Tag (14.7) 8x/Tag und öfter (14.8)

15. Harnzuckerkontrolle

- nie (15.1) sporadisch, nicht täglich (15.2) 1x/Tag (15.3) 2x/Tag (15.4)
 3x/Tag (15.5) öfter als 3x/Tag (15.6)

16. Letzter HbA1....., HbA1c (16.1)

- HbA1c Referenzbereich von ____% bis ____% (16.2) oder 4-6 % (16.3)

17. An wieviel Diabetikerschulungen haben Sie bisher teilgenommen?

- an keiner (17.1) 1x (17.2) 2x (17.3) 3x und häufiger (17.4)

18. Durchschnittliche Insulindosis / TagIE (bei ausgeglichenen Blutzuckerwerten)

19. Haben Sie Erfahrung mit i.m. Injektionstechnik?

- ja (19.1) nein (19.2)

20. Ist i.m. Injektionstechnik schmerzhafter (üblicherweise)?

- ja (20.1) nein (20.2) kein Unterschied (20.3)

21. Meistens spritze ich das Kurzzeitinsulin:

- i.m. (21.1) s.c. (21.2) beides (21.3)

22. Meistens spritze ich das Langzeitinsulin:

- i.m. (22.1) s.c. (22.2) beides (22.3)

23. Mein Kurzzeitinsulin heißt:

- Humalog (23.1) NovoRapid (23.2) Actrapid (23.3)
 (23.4)

24. Ich verwende die Insulinpumpe

- nein (24.1) ja, und zwar: (24.2)

25. Ich habe in den letzten Jahren bereits an FIT-Update teilgenommen

- nein (25.1) ja, und zwar in (25.2) ja, und zwar in (25.3)
 Jahr vom letzten Update:

26. ZUCKER-SENSOR-VERWENDUNG (ab 2016)

- nein, ich habe noch gar keine Erfahrung (26.1)
 ja, ich habe schon etwas Erfahrung, verwende aber dzt. keinen Sensor (bzw. nur sporadisch) (26.2)
 ja, ich verwende regelmäßig (>90% der Zeit) folgendes Zucker-Monitoring-System: (26.3)
 Abbott LIBRE Scan (Flash) (26.31)
 Dexcom G4 (26.321) Version Dexcom G5 (26.322)
 Medtronic (26.33)
 Medtronic Sensor ohne Pumpe (26.331)
 mit Pumpe: Minimed Veo 554/754 (26.332)
 mit Pumpe: MiniMed 640G (26.333)
 Andere Arten von kontinuierlichem Glukose-Sensor (26.34)
.....

27. Verwenden Sie ständig folgende Medikamentengruppen?

- Diabetes** (eventuell zusätzlich zu Insulin) (27.1):
 Metformin (Glucophage, Diabetex) Tagesdosis:mg (27.11)
 Glukosetransportinhibitoren (Forxiga, Jardiance): (27.12)
 Inkretine/DPP4-Hemmer (Januvia, Galvus, Eucreas) (27.13)
 andere.....(27.14)
 Statine (27.2) : Simvastatin(27.21)
 Atorvastatin(27.22)
 Rosuvastatin(27.23)
 andere.....(27.24)
 ACE-Hemmer/Sartane (27.3) :
 Tritace/Ramipril (...-pril)(27.31)
 Candesartan/Blopress (-sartan).....(27.32)
 Rasilez(27.33)
 andere.....(27.34)

28. Sie würden sich am ehesten zuordnen:

- Typ 1 Diabetes (28.1) LADA (28.2)
 Typ 2 Diabetes, insulinpflichtig (28.3) Typ 2 Diabetes, nicht-insulinpflichtig (28.4)

Dosierungsrichtlinien/Algorithmen der Funktionellen Insulintherapie

(DosAlgo_DATEN)

(bitte ankreuzen:)

- Ich verwende *konventionelle* Insulin Therapie, daher nicht zutreffend (1)
 Ich verwende *funktionelle* Insulin Therapie
 Mit Injektionen (2) Mit einer Pumpe, Name: (3)
- Basales Insulin (IE), Summe Verzögerungsinsulin /24h _____ (4)
Davon Morgens: (IE, Ins.Typ) _____ (5)
Mittags:(Verz.Ins. Typ, IE) _____ (6)
Abends: (Verz.Ins.Typ, IE) _____ (7)
- Basales Kurzinsulin morgens (Morgengupf): _____ (8)
Prandiales Insulin - je 1 BE (12g, 50 kcal Kohlenhydrate): _____ (9)
Korrekturalgorithmen Delta BG (mg/dl) - BZ-Senkung je 1 IE - : _____ (10)
Normalinsulin + BZ-Hebung je 1 BE +: _____ (11)
- BZ-Korrekturzielpunkt (mg/dl)**
- nüchtern u. präprandial : _____ (12)
- postprandial bis : _____ (13)
MBG Zielbereich von – bis : _____ -- _____ (14-15)

Bemerkungen:

MEINE AKTUELLEN DATEN

- Größe (cm): _____ (16)
Gewicht (kg): _____ (17)
HbA_{1c} % (Ref.: bis): _____ (18-19)
MBG mg/dl (Durchschnitt von 3-7 Tage): _____ O weiß nicht (20)
BE / Tag (durchschnittlich): _____ O weiß nicht (21)
Insulin (IE/d, Totaler Bedarf, durchschnittlich): _____ O weiß nicht (22)
Alter (Jahre): _____ (23)
Diabetesdauer (Jahre): _____ (24)
FIT Schulung erfolgte im Jahr : _____ (25)
Wo? ArztIn/Krankenhaus : _____ (26)

Spätkomplikationen

- Augen keine non prolif. Ret. prolif. Retinopathie p.Vitrektomie (27)
Angio (28)
Cardio (29)
Nephro (30)
Neuro (31)

Bemerkungen

Zusatzerkrankungen..... (32)

Hypoglykämien (ANZAHL, geschätzt)

- H1 (leichte symptomatische Unterzuckerungen) im letzten Monat: _____ (33)
H2 (Hypo mit Verwirrtheit) im letzten Jahr: _____ (34)
H3 (Bewusstlosigkeit) in letzten 5 Jahren: _____ (35)
/davon H4 (=behandelt mit Glukagon oder Glukose iv.): _____ (36)
H3 (Bewusstlosigkeit) gesamte Diabetesdauer: _____ (37)
/davon H4 (=behandelt mit Glukagon oder Glukose iv.) _____ (38)

Erinnerung: Bitte legen Sie Ihr BZ-Protokoll zu diesem Fragebogen bei. Danke!

Vielen Dank für Ihre Mühe ☺

Ihr FIT - Team

ADDQoL (ADDQoL_DATEN)

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Lebensqualität und um die Auswirkungen Ihres Diabetes auf Ihre Lebensqualität, also wie gut oder schlecht Sie Ihr Leben empfinden. Bitte markieren Sie jeweils die Aussage, die am besten zutrifft. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten; es kommt darauf an, wie Sie Ihr Leben im Moment empfinden.

I) Im Allgemeinen ist meine momentane Lebensqualität:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ausgezeichnet	sehr gut	gut	weder gut noch schlecht	Schlecht	sehr schlecht	äußerst schlecht
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

Für die nächste Aussage denken Sie bitte an die Auswirkungen Ihres Diabetes, an dessen Behandlung und an Folgeerkrankungen, die Sie eventuell haben:

II) Ohne Diabetes wäre meine Lebensqualität:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter
(6)	(5)	(4)	(3)	(2)	(1)	(0)

Bitte beantworten Sie die 18 detaillierteren Aussagen auf den folgenden Seiten.

Betrachten Sie bitte für jede Aussage die Auswirkungen Ihres Diabetes, dessen Behandlung und von Folgeerkrankungen, die Sie eventuell haben, auf den genannten Aspekt Ihres Lebens.

In jedem der folgenden Kästen markieren Sie bitte:
a) den Kreis, der angibt, wie der Diabetes diesen Aspekt Ihres Lebens beeinflusst
b) den Kreis, der angibt, wie wichtig dieser Aspekt Ihres Lebens für Ihre Lebensqualität ist.
Einige Aussagen haben die Auswahlmöglichkeit „nicht zutreffend“. Bitte markieren Sie den Kreis „nicht zutreffend“, wenn dieser Aspekt in Ihrem Leben keine Rolle spielt.

1a)	Ohne Diabetes wären mein Berufsleben und meine beruflichen Chancen:							<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter	nicht zutreffend
1b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:							
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig				

2a)	Ohne Diabetes wäre mein Familienleben:							<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter	nicht zutreffend
2b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:							
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig				

3a)	Ohne Diabetes wären meine Freundschaften und meine sozialen Kontakte:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter
3b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

4a) Ohne Diabetes wäre mein Sexualleben:							<input type="radio"/> nicht zutreffend
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter	
4b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:							
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig				

5a) Ohne Diabetes wäre meine äußere Erscheinung:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter
5b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

6a) Ohne Diabetes wäre das, wozu ich körperlich in der Lage wäre:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr viel mehr	viel mehr	etwas mehr	genauso	etwas weniger	viel weniger	sehr viel geringer
6b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

7a) Ohne Diabetes wäre meine Urlaubs- oder Freizeitgestaltung:

<input type="radio"/>						
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter

7b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

8a) Ohne Diabetes wäre Reisen (Kurz- oder Langstrecken):

<input type="radio"/>						
sehr viel leichter	viel leichter	etwas leichter	genauso	etwas schwerer	viel schwerer	sehr viel schwerer

8b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

9a) Ohne Diabetes würde ich mir zutrauen:

<input type="radio"/>						
sehr viel mehr	viel mehr	etwas mehr	genauso viel	etwas weniger	viel weniger	sehr viel weniger

9b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

10a) Ohne Diabetes wäre meine Motivation etwas zu erreichen:

<input type="radio"/>						
sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso	etwas geringer	viel geringer	sehr viel geringer

10b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

11a) Ohne Diabetes wäre die Art und Weise, wie die Gesellschaft allgemein auf mich reagiert:

<input type="radio"/>						
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter

11b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

12a) Ohne Diabetes wären meine Sorgen über die Zukunft:

<input type="radio"/>						
sehr viel geringer	viel geringer	etwas geringer	genauso	etwas größer	viel größer	sehr viel größer

12b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

13a) Ohne Diabetes wäre meine finanzielle Situation:

<input type="radio"/>						
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter

13b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

14a) Ohne Diabetes wäre meine Abhängigkeit von anderen bei Dingen, die ich gern selbst tun würde:

<input type="radio"/>						
sehr viel geringer	viel geringer	etwas geringer	genauso	etwas größer	viel größer	sehr viel größer

14b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

15a) Ohne Diabetes wären meine Lebensumstände:

<input type="radio"/>						
sehr viel besser	viel besser	etwas besser	genauso	etwas schlechter	viel schlechter	sehr viel schlechter

15b) Dieser Aspekt meines Lebens ist:

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig

16a)	Ohne Diabetes wäre meine Freiheit, zu essen was und wann immer, und wie viel ich möchte:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso	etwas geringer	viel geringer	sehr viel geringer
16b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

17a)	Ohne Diabetes wäre mein Genuß am Essen:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso	etwas geringer	viel geringer	sehr viel geringer
17b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

18a)	Ohne Diabetes wäre meine Freiheit, zu trinken was und wann immer, und wie viel ich möchte (z.B. gesüßte Heiß- und Kaltgetränke, Fruchtsaft, Alkohol):						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr viel größer	viel größer	etwas größer	genauso	etwas geringer	viel geringer	sehr viel geringer
18b)	Dieser Aspekt meines Lebens ist:						
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	sehr wichtig	wichtig	weniger wichtig	überhaupt nicht wichtig			

Wird Ihre Lebensqualität durch den Diabetes, dessen Behandlung und durch mögliche Folgeerkrankungen noch in anderer Weise beeinflusst, vermerken Sie dies bitte auf der Rückseite. Danke.

Zufriedenheit mit der Diabetes-Behandlung (*DTSQ-State*)

(DTSQ_DATEN)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Behandlung (einschließlich Ihrer Therapie mit Insulin, Tabletten und/oder Diät) und Ihre Erfahrungen während der letzten Wochen.

Bitte beantworten Sie jede Frage durch Einkreisen einer Zahl in jeder Skala.

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer augenblicklichen Behandlung?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

2. Wie oft hatten Sie in letzter Zeit den Eindruck, dass Ihr Blutzuckerspiegel unakzeptabel hoch war?

Die meiste Zeit 6 5 4 3 2 1 0 *Zu keiner Zeit*

3. Wie oft hatten Sie in letzter Zeit den Eindruck, dass Ihr Blutzuckerspiegel unakzeptabel niedrig war?

Die meiste Zeit 6 5 4 3 2 1 0 *Zu keiner Zeit*

4. Wie praktisch/bequem war Ihre Behandlung in letzter Zeit?

*Sehr praktisch
/bequem* 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unpraktisch
/unbequem*

5. Wie zufrieden sind Sie mit der Flexibilität Ihrer Behandlung in letzter Zeit?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

6. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Verständnis von Ihrem Diabetes (Blutzuckerverlauf)?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

7. Würden Sie diese Art der Behandlung jemandem empfehlen, der Ihre Form des Diabetes hat?

*Ja, ich würde diese
Behandlung unbedingt
empfehlen* 6 5 4 3 2 1 0 *Nein, ich würde
diese Behandlung
keinesfalls empfehlen*

8. Wie gerne würden Sie Ihre jetzige Art der Behandlung fortsetzen?

Sehr gern 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr ungerne*

9. Wie zufrieden sind Sie mit der Vorhersehbarkeit Ihrer Blutzuckerspiegel?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

10. Wie zufrieden sind Sie mit der Steuerbarkeit Ihres Blutzuckers?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

11. Wie zufrieden sind Sie, dass Sie Hypoglykämien erkennen können?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

12. Wie zufrieden sind Sie, dass sie Hypoglykämien rechtzeitig korrigieren können?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

13. Wie zufrieden sind Sie im allgemeinen mit Ihrem basalen Insulin?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

14. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem Korrekturinsulin?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

15. Wie zufrieden sind Sie mit der Geschwindigkeit, mit der Sie hohen Blutzucker korrigieren können?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

16. Wie zufrieden sind Sie mit der Genauigkeit, mit der Sie hohe Blutzuckerwerte korrigieren können?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

17. Wie zufrieden sind Sie, dass Sie rechtzeitig leichte Hypoglykämien erkennen können, um schwere Hypoglykämien zu vermeiden?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

18. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrem mahlzeitenbezogenen Insulin?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

19. Wie zufrieden sind Sie mit dem Spritz-Eß-Abstand, den Sie für notwendig gefunden haben?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

20. Wie zufrieden sind Sie mit der Wirksamkeit Ihres mahlzeitenbezogenen Insulins auf die Blutzuckerwerte nach dem Essen?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

21. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Nüchtern-Blutzuckerwerten?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

22. Wie zufrieden sind Sie mit der Stabilität (Gleichmäßigkeit) Ihrer Blutzuckerwerte über Nacht und/oder zwischen den Mahlzeiten?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

**Bitte überzeugen Sie sich, daß Sie in jeder Skala eine Zahl eingekreist haben.
Danke!**

Noch sehr wichtige Fragen: Potentielle Ergänzung DTSQ 22. Bitte sehr genau durchlesen und zutreffendes einkreisen

23. Wie stabil (gleichmäßig) sind Ihre Blutzuckerwerte zwischen den Mahlzeiten?

*Sehr stabil /
gleichmäßig* 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr instabil /
ungleichmäßig*

24. Wie zufrieden sind Sie mit Stabilität (Gleichmässigkeit) Ihrer Blutzuckerwerte zwischen den Mahlzeiten?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

25. Wie stabil (gleichmäßig) sind Ihre Blutzuckerwerte über Nacht?

*Sehr stabil /
gleichmäßig* 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr instabil /
ungleichmäßig*

26. Wie zufrieden sind Sie mit Stabilität (Gleichmässigkeit) Ihrer Blutzuckerwerte über Nacht?

Sehr zufrieden 6 5 4 3 2 1 0 *Sehr unzufrieden*

Beurteilungsbogen für Aufmerksamkeit und Hyperkinesie (in Anlehnung an FBB-HKS) (ADHS)

Name: _____ Alter: _____ Datum: _____

Dieser Fragebogen, ursprünglich für Jugendliche entwickelt, dient der Erfassung ihrer möglichen Probleme mit Aufmerksamkeit und Bewegungsdrang, sowie der allenfalls dadurch bedingten Beeinträchtigung.

Kreuzen Sie bitte für jede Beschreibung

- **zuerst die Zahl an, die angibt, wie zutreffend die Beschreibung für Sie ist,**
- **und danach die Zahl, die angibt, wie problematisch Sie dieses Verhalten erleben.**

gar nicht	ein wenig	weitgehend	besonders	gar nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
-----------	-----------	------------	-----------	-----------	-----------	----------	------

01. Sie beachten bei der Arbeit oder bei anderen Tätigkeiten häufig Einzelheiten nicht ausreichend oder machen häufig Flüchtigkeitsfehler.	0	1	2	3	0	1	2	3
02. Sie haben bei Aufgaben, Arbeit oder Spielen oft Schwierigkeiten, die Aufmerksamkeit längere Zeit aufrechtzuerhalten (dabei zu bleiben).	0	1	2	3	0	1	2	3
03. Sie scheinen häufig nicht zuzuhören, wenn andere sie ansprechen. Sie haben häufig Schwierigkeiten längere Zeit aufmerksam zuzuhören.	0	1	2	3	0	1	2	3
04. Sie können häufig Aufträge von anderen nicht vollständig durchführen und Arbeiten oder Pflichten am Arbeitsplatz häufig nicht zu rechtzeitig zu Ende bringen.	0	1	2	3	0	1	2	3
05. Sie haben häufig Schwierigkeiten, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren. Sie haben häufig Schwierigkeiten pünktlich zu sein.	0	1	2	3	0	1	2	3
06. Sie haben eine Abneigung gegen Aufgaben, bei denen Sie sich länger konzentrieren und anstrengen müssen, vermeiden diese Aufgaben bis zuletzt oder machen sie nur widerwillig.	0	1	2	3	0	1	2	3
07. Sie verlieren häufig Gegenstände, die Sie für bestimmte Aktivitäten oder Aufgaben benötigen (z.B. Werkzeug, Schlüssel, Handy, Stifte, Bücher).	0	1	2	3	0	1	2	3
08. Sie lassen sich oft durch Ihre Umgebung (äußere Reize) leicht ablenken.	0	1	2	3	0	1	2	3
09. Sie sind bei Alltagstätigkeiten häufig vergesslich (z.B. vergessen Unterlagen oder Kleidungsstücke).	0	1	2	3	0	1	2	3
10. Sie haben eine starke motorische Unruhe, zappeln häufig mit Händen oder Füßen, oder rutschen häufig auf dem Stuhl herum.	0	1	2	3	0	1	2	3
11. Es fällt Ihnen häufig schwer längere Zeit ruhig sitzen zu bleiben. Sie stehen oft in Situationen auf, in denen Sitzen erwartet wird.	0	1	2	3	0	1	2	3
12. Sie haben häufig Schwierigkeiten, sich ruhig mit Freizeitaktivitäten zu beschäftigen oder ruhig zu spielen/entspannen.	0	1	2	3	0	1	2	3
13. Sie sind häufig permanent in Bewegung, auch wenn dies eher unpassend ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
14. Sie haben häufig ein starkes Gefühl der inneren Unruhe.	0	1	2	3	0	1	2	3
15. Sie zeigen durchgängig eine extreme Unruhe, die weder durch Ihre Umgebung noch durch Aufforderungen dauerhaft beeinflussbar ist.	0	1	2	3	0	1	2	3
16. Sie fühlen sich häufig „auf Achse“ oder handeln oft als wären Sie angetrieben.	0	1	2	3	0	1	2	3
17. Sie geben häufig Antworten sofort, noch bevor Fragen zu Ende gestellt sind.	0	1	2	3	0	1	2	3
18. Sie können häufig nur schwer warten, bis Sie endlich an der Reihe sind. (z.B. in einer Gruppe oder bei Gesprächen).	0	1	2	3	0	1	2	3
19. Sie beschleunigen dramatisch oder beeinflussen häufig rasant Tätigkeiten oder Gespräche anderer Personen.	0	1	2	3	0	1	2	3
20. Sie reden häufig durchaus viel, da Sie alles genau sagen wollen.	0	1	2	3	0	1	2	3

HADS-D

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Code-Nummer: _____

Datum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Sie werden von uns wegen körperlicher Beschwerden untersucht und behandelt. Zur vollständigen Beurteilung Ihrer vermuteten oder bereits bekannten Erkrankung bitten wir Sie im vorliegenden Fragebogen um einige persönliche Angaben. Man weiß heute, dass körperliche Krankheit und seelisches Befinden oft eng zusammenhängen. Deshalb beziehen sich die Fragen ausdrücklich auf Ihre allgemeine und seelische Verfassung.

Die Beantwortung ist selbstverständlich freiwillig. Wir bitten Sie jedoch, jede Frage zu beantworten, und zwar so, wie es für Sie persönlich **in der letzten Woche** am ehesten zutrifft. Machen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage und lassen Sie bitte keine Frage aus! Überlegen Sie bitte nicht lange, sondern wählen Sie die Antwort aus, die Ihnen auf Anhieb am zutreffendsten erscheint! Alle Ihre Antworten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- | | |
|---|--|
| <p>1) Ich fühle mich angespannt oder überreizt
 <input type="checkbox"/>₃ meistens
 <input type="checkbox"/>₂ oft
 <input type="checkbox"/>₁ von Zeit zu Zeit/gelegentlich
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht</p> | <p>8) Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst
 <input type="checkbox"/>₃ fast immer
 <input type="checkbox"/>₂ sehr oft
 <input type="checkbox"/>₁ manchmal
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht</p> |
| <p>2) Ich kann mich heute noch so freuen wie früher
 <input type="checkbox"/>₀ ganz genau so
 <input type="checkbox"/>₁ nicht ganz so sehr
 <input type="checkbox"/>₂ nur noch ein wenig
 <input type="checkbox"/>₃ kaum oder gar nicht</p> | <p>9) Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht
 <input type="checkbox"/>₁ gelegentlich
 <input type="checkbox"/>₂ ziemlich oft
 <input type="checkbox"/>₃ sehr oft</p> |
| <p>3) Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte
 <input type="checkbox"/>₃ ja, sehr stark
 <input type="checkbox"/>₂ ja, aber nicht allzu stark
 <input type="checkbox"/>₁ etwas, aber es macht mir keine Sorgen
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht</p> | <p>10) Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren
 <input type="checkbox"/>₃ ja, stimmt genau
 <input type="checkbox"/>₂ ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
 <input type="checkbox"/>₁ möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
 <input type="checkbox"/>₀ ich kümmere mich so viel darum wie immer</p> |
| <p>4) Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen
 <input type="checkbox"/>₀ ja, so viel wie immer
 <input type="checkbox"/>₁ nicht mehr ganz so viel
 <input type="checkbox"/>₂ inzwischen viel weniger
 <input type="checkbox"/>₃ überhaupt nicht</p> | <p>11) Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein
 <input type="checkbox"/>₃ ja, tatsächlich sehr
 <input type="checkbox"/>₂ ziemlich
 <input type="checkbox"/>₁ nicht sehr
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht</p> |
| <p>5) Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf
 <input type="checkbox"/>₃ einen Großteil der Zeit
 <input type="checkbox"/>₂ verhältnismäßig oft
 <input type="checkbox"/>₁ von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
 <input type="checkbox"/>₀ nur gelegentlich/nie</p> | <p>12) Ich blicke mit Freude in die Zukunft
 <input type="checkbox"/>₀ ja, sehr
 <input type="checkbox"/>₁ eher weniger als früher
 <input type="checkbox"/>₂ viel weniger als früher
 <input type="checkbox"/>₃ kaum bis gar nicht</p> |
| <p>6) Ich fühle mich glücklich
 <input type="checkbox"/>₃ überhaupt nicht
 <input type="checkbox"/>₂ selten
 <input type="checkbox"/>₁ manchmal
 <input type="checkbox"/>₀ meistens</p> | <p>13) Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand
 <input type="checkbox"/>₃ ja, tatsächlich sehr oft
 <input type="checkbox"/>₂ ziemlich oft
 <input type="checkbox"/>₁ nicht sehr oft
 <input type="checkbox"/>₀ überhaupt nicht</p> |
| <p>7) Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen
 <input type="checkbox"/>₀ ja, natürlich
 <input type="checkbox"/>₁ gewöhnlich schon
 <input type="checkbox"/>₂ nicht oft
 <input type="checkbox"/>₃ überhaupt nicht</p> | <p>14) Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen
 <input type="checkbox"/>₀ oft
 <input type="checkbox"/>₁ manchmal
 <input type="checkbox"/>₂ eher selten
 <input type="checkbox"/>₃ sehr selten</p> |

Work Ability Index - Fragebogen (Kurzversion)

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG. Mitarbeiter können nicht zur Teilnahme verpflichtet werden.

0. Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₂
vorwiegend körperlich tätig?	O ₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit	
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)	
O ₀ völlig arbeitsunfähig	O ₁ O ₂ O ₃ O ₄ O ₅ O ₆ O ₇ O ₈ O ₉ O ₁₀ derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen				
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut O ₅	eher gut O ₄	mittelmäßig O ₃	eher schlecht O ₂	sehr schlecht O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut O ₅	eher gut O ₄	mittelmäßig O ₃	eher schlecht O ₂	sehr schlecht O ₁

3. Anzahl der aktuellen ärztlich diagnostizierten Krankheiten	
Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.	
	<i>eigene Diagnose</i> <i>Diagnose vom Arzt</i> <i>liegt nicht vor</i>
1 Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	O ₂ O ₁ O ₀
2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	O ₂ O ₁ O ₀
3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	O ₂ O ₁ O ₀
4 Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	O ₂ O ₁ O ₀
5 Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	O ₂ O ₁ O ₀

	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	O ₂	O ₁	O ₀
7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	O ₂	O ₁	O ₀
8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	O ₂	O ₁	O ₀
9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	O ₂	O ₁	O ₀
10 Tumore / Krebs	O ₂	O ₁	O ₀
11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	O ₂	O ₁	O ₀
12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	O ₂	O ₁	O ₀
13 Angeborene Leiden / Erkrankungen	O ₂	O ₁	O ₀
14 Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	O ₂	O ₁	O ₀

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung O₆
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden O₅
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern O₄
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern O₃
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten O₂
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig O₁

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

- überhaupt keinen O₅
- höchstens 9 Tage O₄
- 10 - 24 Tage O₃
- 25 - 99 Tage O₂
- 100 - 365 Tage O₁

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich

nicht sicher

ziemlich sicher

O₁**O₄****O₇****7. Psychische Leistungsreserven**

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

häufig

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄**O₃****O₂****O₁****O₀**

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄**O₃****O₂****O₁****O₀**

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

ständig

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄**O₃****O₂****O₁****O₀**

Die individuelle Nutzung und Anwendung des WAI-Fragebogens sind frei. Die Anwendung des WAI-Fragebogens in Betrieben in Deutschland sollte nur mit vorheriger Genehmigung durch das WAI-Netzwerk erfolgen. In anderen Ländern könnten andere Institutionen berechtigt sein, Genehmigungen/Lizenzen zur Nutzung auszustellen.

Arbeitsanamnese

Fragebogen zur beruflichen Tätigkeit

Patientenetikett

Datum:

Studien-Patientennummer:

Name: _____ 0. Sind sie berufstätig? Ja nein, weil _____

1. Ihre derzeitige Berufsbezeichnung:

2. Seit wie vielen Jahren sind Sie insgesamt beruflich tätig? _____ Jahre

3. Seit wie vielen Jahren in Ihrem jetzigen beruflichen Bereich? _____ Jahre

4. Wie viele Jahre davon bei ihrem derzeitigen Unternehmen? _____ Jahre

5. Hatten Sie jemals eine längere Unterbrechung Ihrer Berufstätigkeit?

Nein Ja, wegen _____

6. Sind Sie frühpensioniert?

Nein Ja, seit _____

Wenn ja, welche Ursachen sehen Sie dafür?

7. Bisherige berufliche Tätigkeit:

Berufsbezeichnung	Dauer	Expositionen am Arbeitsplatz	Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz
(z.B.: Lackierer/in, Sanitäter/in etc)	(z.B.: 1999 bis 2003)	(z.B.: Röntgenstrahlung, chemisch-toxische Substanzen etc)	(z.B.: Gehörschutz, Latexhandschuhe etc)

FRAGEN 8. – 10. NUR FÜR DERZEIT BERUFSTÄTIGE

8. Beruflicher Status bei Ihrer derzeitiger Berufstätigkeit:

<input type="checkbox"/> ₀	Selbständig	<input type="checkbox"/> ₂	Arbeiter/in	<input type="checkbox"/> ₃	Geringfügig Beschäftigte/r
<input type="checkbox"/> ₁	Angestellte/r				
<input type="checkbox"/> ₄	Auszubildende/r	<input type="checkbox"/> ₅	Praktikant/in	<input type="checkbox"/> ₆	Angelernte/r
<input type="checkbox"/> ₇	Hilfsarbeiter/in				

9. Für wie viele Stunden sind Sie pro Woche angestellt? _____ Stunden

10. Subjektive Arbeitszufriedenheit

₃ sehr zufrieden-----₂ eher zufrieden-----₁ eher unzufrieden-----₀
sehr unzufrieden

Ursachen (z.B. Arbeitstätigkeit, Arbeitsumgebung, Kollegen, Vorgesetzte/r, Entlohnung, Wertschätzung, etc.): _____

11. Haben Sie Kinder in Ihrem Haushalt um die Sie sich kümmern?

- ₀ Nein ₁ Ja, insgesamt _____ (wie viele Kinder?)

12. Gibt es pflegebedürftige Personen um die Sie sich regelmäßig kümmern?

- ₀ Nein ₁ Ja, insgesamt _____ (wie viele Personen?)

13. Leiden Sie an folgenden Beschwerden/Erkrankungen

- | | | | |
|--|---|---|---|
| a) Blutfetterhöhung bzw. nehmen Sie Medikamente dafür? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| b) Bluthochdruck bzw. nehmen Sie Medikamente dafür? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| c) Karpaltunnelsyndrom (Kompressionssyndrom des Nervus medianus im Bereich der Handwurzel) | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| d) Schulterprobleme bzw. nehmen Sie Medikamente dafür? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| e) Sehnenverkürzung an d Handfläche (Dupuytren- Kontraktur), bzw wurden Sie daran operiert? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| f) Knie oder Fussprobleme /Op erfolgt | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| g) Schilddrüsenerkrankungen (Über/Unterfunktion der Schilddrüse etc), bzw. nehmen Sie Medikamente dafür? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| h) Zöliakie/Glutenunverträglichkeit? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |
| i) Depression mit Verstimmung und oder Antriebslosigkeit? bzw. nehmen Sie Medikamente dafür? | Nein
<input type="checkbox"/> ₀ | Ja
<input type="checkbox"/> ₁ | Ärztlich bestätigt
<input type="checkbox"/> ₂ |

14. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Konzentrationsprobleme bzw. bemerkten Sie eine schnelle Ermüdbarkeit?

- ₀ Nein ₁ Ja, nämlich ₂ Mehrmals im Monat
₃ Mehrmals in der Woche
₄ Täglich

15. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Gedächtnisschwierigkeiten, d.h. Probleme mit der Merkfähigkeit?

- ₀ Nein ₁ Ja, nämlich ₂ Mehrmals im Monat
₃ Mehrmals in der Woche
₄ Täglich

16. Wie stark wird ihre berufliche Leistung durch Konzentrations- oder Gedächtnisprobleme bzw. schnelle Ermüdbarkeit beeinflusst?

₀ Gar nicht ₁ etwas ₂ stark

17. Vitamine/ Supplements/ Nahrungsergänzungsmittel Nehmen Sie ein? Vitamine bzw

17.1 Vit B (zB Neurobion)	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.2 Folsäure (zB Folsan)	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.3 Vit D (zB Oleovit)	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.4 Magnesium	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.5 Zink	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.6 Omega3 Fettsäuren	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.7 Gelenkskps Chondroitin	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.8 Gelenkskps Glukosamin	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
17.9 Niacin (Vit B3)	<input type="checkbox"/> ₀ Gar nicht	<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
andere: _____		<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____
andere: _____		<input type="checkbox"/> ₁ fallweise	<input type="checkbox"/> ₂ fortlaufend, Dosis/Tag: _____ warum? _____

18. Rauchen ₀ nein

₁ ja, durchschnittlich _____ Zigaretten/Tag seit ca. _____ Jahren

₂ Nichtraucher seit: _____ Jahren,

davor _____ Zig./Tag circa _____ Jahre lang

19. Alkoholgenuss (1 Drink ca 20g Alkohol, 1 /4 Wein, grosses Bier)

₁ Täglich ₂ gelegentlich ₀ praktisch nie

(pro Tag Anzahl Drinks _____, pro Woche Anzahl Drinks _____)

20. Betreiben Sie regelmäßig (mind. 2x/Woche) Sport?

z.B. schnelles Gehen, Laufen, Radfahren, Schwimmen, Skaten etc. für mindestens 20 Minuten ohne Unterbrechung

- im letzten Jahr: ₀ Nein ₁ Ja

Falls nein, ist es, weil sie körperlich limitiert sind? ₁ Ja, wodurch? _____ ₀ Nein

21. Ihre durchschnittliche Gesamt-Dauer von Ausdauertraining (begleitet von Schwitzen, Gefühl der Anstrengung, schnelles Atmen, Puls ca 180-Alter, aerobes training) in dem letzten

Monat (letzte 4 Wochen) war: _____ Minuten PRO WOCHE, (1Stunde=60min©)

(bei fehlender Angabe wird NULL angenommen...), und zwar meist als walken joggen _____

22. Muskelhypertrophie-Training, Gymnastik, Pilates, Dehnungsübungen in dem letzten

Monat (letzte 4 Wochen) war: _____ Minuten PRO WOCHE, (1Stunde=60min©)

(bei fehlender Angabe wird NULL angenommen), und zwar meist als Gymnastik Pilates _____

Vielen Dank für Ihre Zeit!