

# Fragebogen zur Gesundheit



Sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Befragung! Das Zentrum für Evaluation der Donau-Universität Krems wurde vom Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) beauftragt, das Gesundheitsbewusstsein in Niederösterreich zu erheben. Ihre Gemeinde wurde für diese schriftliche Befragung ausgewählt. Durch Ihre Teilnahme unterstützen Sie unser Projekt und die Arbeit des NÖGUS, Gesundheitsförderung und Prävention in Niederösterreich zu verbessern und zu stärken.

Das Ausfüllen des Fragebogens wird ca. 5-10 Minuten dauern. Wenn Sie den Fragebogen ausgefüllt haben, können Sie ihn in Ihrem Gemeindeamt abgeben oder an uns im beigefügten Rücksendeküvert kostenfrei zurückschicken. Bei Abgabe des ausgefüllten Fragebogens im Gemeindeamt wird Ihnen ein kleines Dankeschön für Ihre Unterstützung überreicht (so lange der Vorrat reicht)! Es gibt auch die Möglichkeit den Fragebogen online auszufüllen:

<http://bit.ly/Gesundheitsbewusstsein>

Bitte beachten Sie, dass sich der Fragebogen an Personen über 18 Jahre richtet.

Die Erhebung und Auswertung der Daten erfolgt **absolut anonym**, so dass keine Daten auf Ihre Person zurückgeführt werden können.

Bei Fragen kontaktieren Sie bitte Frau Ursula Griebler von der Donau-Universität Krems:  
Tel.: 02732 893/2914; E-Mail: [ursula.griebler@donau-uni.ac.at](mailto:ursula.griebler@donau-uni.ac.at)

## Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

---

### Gesundheitsförderung in Ihrer Gemeinde

Zunächst möchten wir gerne wissen, welche Angebote zur Förderung Ihrer Gesundheit in Ihrer Gemeinde angeboten werden.

<b>GG1 Ist Ihnen der Arbeitskreis „Gesunde Gemeinde“ in Ihrer Gemeinde bekannt?</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ja	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Nein

<b>GG2 Welche Angebote des Arbeitskreises „Gesunde Gemeinde“ in Ihrer Gemeinde kennen Sie? Bitte listen Sie alle auf, die Ihnen spontan einfallen:</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

<b>GG3 Welche weiteren Gesundheitsförderungsangebote in Ihrer Gemeinde sind Ihnen bekannt? Bitte listen Sie alle auf, die Ihnen spontan einfallen:</b>
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

GG4 <b>Wie erhalten Sie Informationen über Gesundheitsförderungsangebote?</b> Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden an ( <i>Mehrfachauswahl möglich</i> ):	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Gemeindezeitung	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> soziale Medien (z.B. Facebook)
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Plakate	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Homepage der Gemeinde
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Folder / Broschüren	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub> Recherche im Internet
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> auf Veranstaltungen	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub> Sonstiges, <i>bitte angeben:</i> _____
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> mündliche Empfehlung / Information	<input type="checkbox"/> <sub>10</sub> Gar nicht

## Gesundheitsbewusstsein

GB <b>Lesen Sie sich bitte die Aussagen durch und kreuzen an, inwiefern sie auf Sie zutreffen.</b>					
	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
1. Ich interessiere mich für Informationen über meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
2. Ein Leben in Gesundheit und Wohlbefinden ist mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
3. Ich achte aufmerksam auf Veränderungen in meiner Gesundheit.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
4. Ein guter Gesundheitszustand erfordert, dass ich dafür aktiv etwas tue.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
5. Ich denke viel über meine Gesundheit nach.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
6. Ich tue alles was ich kann, um gesund zu bleiben.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
7. Ich unternehme Freizeitaktivitäten, um mich zu entspannen.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
8. Ich nehme wahr wie ich mich über den Tag hinweg körperlich fühle.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
9. Ich übernehme Verantwortung für meinen Gesundheitszustand.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
10. Ich versuche, regelmäßig körperlich aktiv zu sein (zum Beispiel täglich, wöchentlich oder monatlich).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
11. Ich versuche aktiv, Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
12. Ich bin sehr gesundheitsbewusst.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
13. Ich interessiere mich für Gesundheitsförderung und Prävention.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Gesundheit

Nun möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen zu **Ihrer Gesundheit** stellen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

HS1 Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie....?				
sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	gut <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	mittelmäßig <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	schlecht <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

HS2 Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? (Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.)	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ja	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Nein

HS3 Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind....?		
stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

## Lebensqualität

Bitte beantworten Sie alle Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Vorlieben und Interessen. Lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen zwei Wochen gefühlt haben, und **kreuzen Sie auf der Skala an, was für Sie am ehestens zutrifft**. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht sicher sind, wählen Sie bitte die Antwortkategorie, die Ihrer Meinung nach am ehesten zutrifft. Oft ist dies die Kategorie, die Ihnen als Erstes in den Sinn kommt.

LQ1 Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?				
Sehr schlecht <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Schlecht <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Mittelmäßig <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Gut <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Sehr gut <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

LQ2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				
Sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Unzufrieden <input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Weder zufrieden noch unzufrieden <input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Zufrieden <input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

## Über Sie

Zum Schluss möchten wir noch etwas über Sie erfahren. Die Erhebung und Auswertung der Daten erfolgt **absolut anonym**, so dass keine Daten auf Ihre Person zurückgeführt werden können.

P1 In welcher Gemeinde leben Sie? [bitte Postleitzahl und Gemeinde eintragen]
PLZ und Gemeinde: _____

<b>P2 Bitte geben Sie ihr Geschlecht an:</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> weiblich	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> männlich

<b>P3 Wie alt sind Sie? [bitte eintragen]</b>
Alter in Jahren: _____

<b>P4 Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene Ausbildung?</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Matura
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Abschluss an einer Universität oder (Fach-) Hochschule
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> Lehre mit Berufsschule	<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Ein anderer Abschluss nach der Matura und zwar: <i>[bitte eintragen]</i>
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Fach- oder Handelsschule	_____

<b>P5 Sind Sie derzeit oder waren Sie in einem Gesundheitsberuf tätig bzw. befinden Sie sich gerade in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf?</b>	
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ja	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> Nein

<b>P6 Was ist Ihr gegenwärtiger Familienstand?</b>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ledig
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> In Partnerschaft, im gleichen Haushalt lebend
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub> In Partnerschaft, in getrennten Haushalten lebend
<input type="checkbox"/> <sub>4</sub> Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, zusammen lebend
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Verheiratet oder in eingetragener Partnerschaft, getrennt lebend
<input type="checkbox"/> <sub>6</sub> Verwitwet
<input type="checkbox"/> <sub>7</sub> Geschieden

<b>P7 Wie viele Personen leben derzeit in ihrem Haushalt (Ihre eigene Person eingeschlossen)? [bitte eintragen]</b>
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> _____ Erwachsene
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub> _____ Kinder unter 18 Jahre

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen **in Ihrem Gemeindeamt** ab oder senden Sie ihn **mit dem beiliegenden adressierten Rücksendekувert** an uns.

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**