

Gesundheitsfragebogen für SVA Gesundheits- und Burnoutpräventions-Programm

Zu-, Vorname: VSNR:

Geschlecht: weiblich männlich

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Hilfestellung für die Auswahl der Teilnehmer/innen am begleitenden Burnout-Präventionsprogramm. Wir bitten Sie daher um genaue Beantwortung folgender Fragen. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Einsichtnahme des Fragebogens durch die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und unseren Kooperationspartnern zu. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben unter Einhaltung der Verschwiegenheitspflicht vertraulich verwendet.

Angaben zum Beruf

Welche selbständige Tätigkeit haben Sie persönlich in den letzten 5 Jahren verrichtet? Mitarbeiteranzahl?
Welche Ausbildungen haben Sie absolviert, welche davon abgeschlossen?
Welche Arbeiten (Angaben der konkreten Tätigkeit) konnten durch Ihre gesundheitlichen Beschwerden in den letzten Monaten nicht mehr effektiv verrichtet werden?
Wie viele Wochenstunden haben Sie vor Auftreten der gesundheitlichen Probleme gearbeitet und wie viele Wochenstunden arbeiten Sie jetzt?
Sind berufliche Einschränkungen geplant? Wenn ja, welche?
Haben Sie vor, sich beruflich zu verändern? Wenn ja, in welcher Form?

Angaben zur Gesundheitssituation in den letzten 2 Monaten:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Leiden Sie an wiederkehrenden Schmerzsymptomen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an einer Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Schlafstörungen (z.B. Ein-/Durchschlafstörungen, vermehrtem Schlafbedürfnis)? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an einem allgemeinen Krankheitsgefühl? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Können Sie sich schlecht konzentrieren? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich beim Aufwachen regelmäßig müde und erschöpft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie regelmäßig ein Gefühl von Angst oder Panik? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Waren Sie durch Nervosität und Ängstlichkeit in Ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Leiden Sie an Sinneswahrnehmungsstörungen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Fühlen Sie sich am Ende des Tages emotional ausgelaugt und leer? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie in letzter Zeit mehr geraucht als gewöhnlich?
Wie viel mehr? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben Sie in letzter Zeit mehr Alkohol als gewöhnlich konsumiert?
Wie viel mehr? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Haben sich Ihre sexuellen Bedürfnisse verändert? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung?
(Bitte um Angabe der Fachrichtung) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in psychiatrischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Anzahl der Behandlungen in den letzten 2 Monaten:
Welche Beschwerden stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?
Welche Medikamente werden derzeit eingenommen?
Was belastet Sie derzeit am meisten?

.....
Datum

.....
Unterschrift