

Personendaten

Herr Frau

Vorname

Nachname

Strasse Nr.

PLZ Ort

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

E-Mail

Basisdaten

1 Handlungsfeld der Prävention

Setting	Betrieb	Anderes
Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegung und Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Sozialer Status

Leben Sie mit einem Partner zusammen in einem gemeinsamen Haushalt?

ja nein

Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

- Hauptschule, Volksschule
 Mittlere Reife, Realschule
 Abitur, Fachabitur, Fachhochschulreife
 kein Abschluss

Sind Sie zurzeit erwerbstätig?

- ja, als Arbeiter, Angestellter, Beamter
 (Voll- oder Teilzeit)
 ja, als Selbständiger (Voll- oder Teilzeit)
 nein, ich bin Schüler oder Student,
 Rentner/Pensionär
 nein, ich bin arbeitslos

3 Welche Nationalität haben Ihre Eltern?

	Mutter	Vater
Deutsch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Türkisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere europäische Staaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere Staaten, und zwar ...	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Erhebungsdaten

4 Rauchen Sie derzeit?

ja nein gelegentlich

5 Trinken Sie Alkohol (z. B. Bier, Sekt, Wein, Likör usw.)? Wenn ja, welche Menge pro Woche?

nein ja, g pro Woche

6 Wie viele Minuten bewegen Sie sich in Beruf und Freizeit pro Woche, so dass Sie leicht außer Atem oder ins Schwitzen geraten?

0 min 30 min 60 min
 90 min 120 min mehr als 120 min

7 Wie oft verzehren Sie folgende Nahrungsmittel?

	mehrmals täglich	täglich	3-4 mal pro Woche	1-2 mal pro Woche	gar nicht
Vollkornprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemüse/Salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Süßigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 8 Körpergröße cm
 9 Körpergewicht kg
 10 Taillenumfang cm
 11 Blutdruck systol. mm/Hg
 12 Blutdruck diastol. mm/Hg
 13 Gesundheits-Check (FINDRISK) Punkte
 14 WHO-5 Fragebogen Punkte
 15 SF 12 Health Survey Punkte

16 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

- Blutdruck-senkende Medikamente
 Arzneimittel gegen Übergewicht
 Cholesterin-senkende Medikamente
 Psychopharmaka
 Aspirin oder Vergleichbares
 Andere
 Keine

Bitte beachten Sie die „Ausfüllhilfe“. Danke.