

Evaluation/Wirksamkeit – Maßnahmen zur BGF

Vor Beginn der Maßnahme

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich – (alles, z. B. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

monoton – körperlich schwer – abwechslungsreich – sitzend – stehend -

Beschwerden? Nein

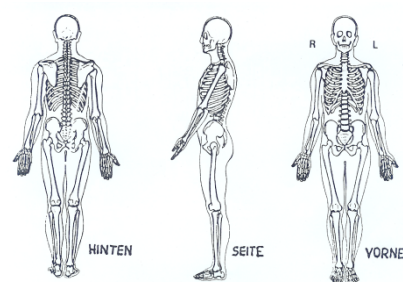
Ja: bis 3 Monate () mehr als 3 Monate ()

Schmerzen? Keine

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 unerträglich

Wo?



Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein?

Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?

Nein

Ja

Wohlbefinden sehr gut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr schlecht

Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

nichts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

alles möglich

Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein

Kein

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stress

Nach 6 Monaten

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich – (alles, z. B. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

monoton – körperlich schwer – abwechslungsreich – sitzend – stehend -

Beschwerden?

Nein

Ja:

bis 3 Monate

mehr als 3 Monate

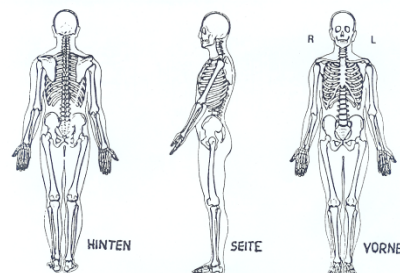
Schmerzen?

Keine

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

unerträglich

Wo?



Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein?

Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?

Nein

Ja

Wohlbefinden

sehr gut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sehr schlecht

Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

nichts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

alles möglich

Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja

Nein

Kein

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stress

Erfolg der BGF-Maßnahme

Kein Erfolg

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ziel erreicht

Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?

Nach 12 Monaten

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich – (alles, z. B. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

monoton – körperlich schwer – abwechslungsreich – sitzend – stehend -

Beschwerden?

Nein

Ja:

bis 3 Monate

mehr als 3 Monate

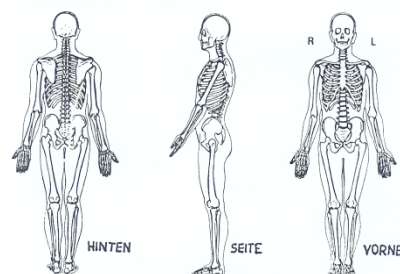
Schmerzen?

Keine

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

unerträglich

Wo?



Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein?

Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?

Nein

Ja

Wohlbefinden sehr gut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr schlecht

Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

nichts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 alles möglich

Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein

Kein

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Stress

Erfolg der BGF-Maßnahme

Kein Erfolg

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Ziel erreicht

Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?

Nach 18 Monaten

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich – (alles, z. B. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

monoton – körperlich schwer – abwechslungsreich – sitzend – stehend -

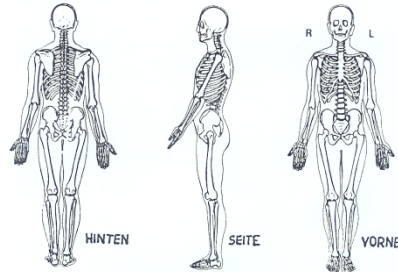
Beschwerden? Nein
 Ja: bis 3 Monate mehr als 3 Monate

Schmerzen? Keine

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 unerträglich

Wo?



Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein?
 Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?

Nein
 Ja

Wohlbefinden sehr gut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 sehr schlecht

Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

nichts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 alles möglich

Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein

Kein

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Stress

Erfolg der BGF-Maßnahme

Kein Erfolg

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Ziel erreicht

Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?

Nach 2 Jahren

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich – (alles, z. B. Spaziergehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

monoton – körperlich schwer – abwechslungsreich – sitzend – stehend -

Beschwerden?

Nein

Ja:

bis 3 Monate

mehr als 3 Monate

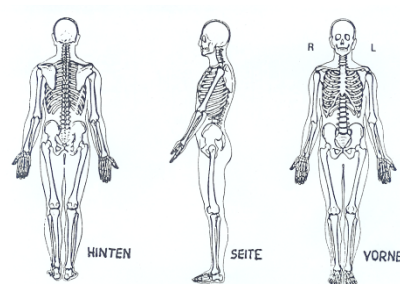
Schmerzen?

Keine

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

 unerträglich

Wo?



Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein?

Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?

Nein

Ja

Wohlbefinden

sehr gut

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

sehr schlecht

Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)

nichts

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

alles möglich

Leiden Sie unter Zeitdruck?

Ja

Nein

Kein

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Stress

Erfolg der BGF-Maßnahme

Kein Erfolg

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Ziel erreicht

Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?
