

# 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. Spazierengehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

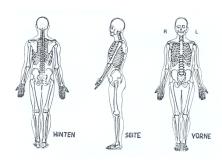
monoton - körperlich schwer - abwechslungsreich - sitzend - stehend -

Beschwerden? O Nein

O 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?

O Nein

O 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. Spazierengehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

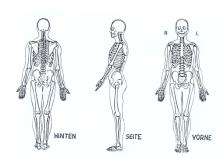
monoton - körperlich schwer - abwechslungsreich - sitzend - stehend -

Beschwerden? O Nein

O 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?

O Nein

O 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. Spazierengehen, 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? O Nein

O 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? O Nein O Ja Wohlbefinden sehr schlecht sehr gut 2 3 4 5 6 10 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? Nein Ja Kein 2 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | **Stress** Erfolg der BGF-Maßnahme **Kein Erfolg** 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 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. Spazierengehen, 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 -



Schmerzen?  Keine  O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich  Wo?  Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt? O Nein O Ja  Wohlbefinden  sehr gut  O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)																
Schmerzen? Keine  O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 unerträglich  Wo?  Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt? O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts O 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja  Nein	Beschwerden?	O Nein	hi	. 2	Mo	nate				me	hr s	ılc 2	Mor	nate		
Wo?  Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt? O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein		o Ja.	<b>D</b> 1	3 3	1410	IIatt	•					113 3	14101	iate		
Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein	Schmerzen?	Keine	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	unertr	äglich	
Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein		Wo?														
Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein															R QQD L	
Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein													Ź			
Wie schätzen Sie Ihr Wohlbefinden ein? Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein																
Ist Ihr Alltag beeinträchtigt?  O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein											45	HINTE	N	SEITE	YORNE	
O Nein O Ja  Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schle  Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein	Wie schätzen Sie Ihr W	ohlbefinden e	in?													
Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schleder Sie unter Zeitdruck? Ja Nein	Ist Ihr Alltag beeinträc	htigt?														
Wohlbefinden sehr gut 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sehr schleder Sie unter Zeitdruck? Ja Nein sehr schleder Sie unter Zeitdruck? Ja Nein sehr schleder Sie unter Zeitdruck?																
Leistungsfähigkeit (Inwieweit können Sie, mit den Beschwerden, den Alltag noch meistern?)  nichts  0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja  Nein		O Ja														
nichts    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck?  Ja  Nein	Wohlbefinden	sehr gut	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	]	sehr schled	:h
nichts    0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10    alles mög  Leiden Sie unter Zeitdruck?  Ja  Nein	Leistungsfähigkeit (Inv	vieweit könnei	n Sie	. m	it d	en E	Besc	hwe	erde	en.	den	Alli	tag n	och meis	tern?)	
Leiden Sie unter Zeitdruck? Ja Nein			0.0	,						,					,	
		nichts	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		alles mögli	cł
Color         1         2         3         4         5         6         7         8         9         10   Stress	Leiden Sie unter Zeitdr	ruck? Ja			Ν	lein										
		Kein	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	]	Stress	
Erfolg der BGF-Maßnahme	Erfolg der BGF-Maßna	hme														
Kein Erfolg         0         1         2         3         4         5         6         7         8         9         10		Kein Erfolg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	]	Ziel erreich	۱t
Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?	Wieviel und was hat Ih	nen die Maßn	ahm	e g	ebr	acht	t?									



### Nach 2 Jahren

Arbeitsbereich / Abteilung:

Alter:

Tätigkeit:

**Arbeitszeit:** 

Welcher Teil Ihrer Arbeitsaufgabe belastet Sie am meisten?

Bewegungsausgleich - (alles, z. B. Spazierengehen, Gartenarbeit, Radfahren, Sport, ... usw.)

Keinen

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Std./Woche

Wie beurteilen Sie Ihre Arbeit/Tätigkeit:

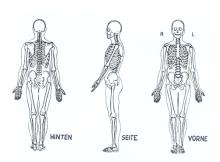
monoton - körperlich schwer - abwechslungsreich - sitzend - stehend -

Beschwerden? O Nein

O 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?

O Nein

O 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-Maßnahm
------------------------

Kein Erfolg	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ziel erreicht
-------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------

Wieviel und was hat Ihnen die Maßnahme gebracht?

\_\_\_\_\_