



FRAGEBOGEN INDIVIDUELLE STRESSBELASTUNG

ZUSATZMODUL:

GESUNDHEITLICHE BELASTUNG
HINWEIS AUF SCHLAFSTÖRUNGEN

Stressbelastung
Gesundheitl. Belastung
Schlaf
Februar 2009

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Arzttermin mit.

MODUL 1: STRESSBELASTUNGSTEST

INITIALEN:

M/F:

Alter :

#		Nie	Selten	Ab/Zu	Oft	immer
		0	1	2	3	4
1	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten einzuschlafen, oder wachen Sie mitten in der Nacht auf? <i>Bei Werten von und höher bitte Zusatzmodul 2 ausfüllen.</i>					
2	Fühlten Sie sich während der letzten 4 Wochen erschöpft, physisch oder psychisch ausgelaugt?					
3	Haben Sie in den letzten 4 Wochen ungesund gegessen, Mahlzeiten ausgelassen, oder im Stehen gegessen?					
4	Haben Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten Ihr Gewicht zu halten und nehmen Sie entweder zu oder ab ?					
5	Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten Sorgen um Geld oder Rechnungen gemacht?					
6	Hatten Sie innerhalb der letzten 6 Monate Probleme innerhalb einer Partnerschaft?					
7	Haben Sie den Eindruck, dass sie in den letzten 3 Monaten schon aus geringen Anlässen explodieren?					
8	Haben Sie den Eindruck, dass Sie in den letzten 3 Monaten weniger leisten als sonst?					
9	Waren Sie während der letzten 4 Wochen ärgerlich oder gereizt?					
10	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Probleme mit Ihrem Vorgesetzten oder Mitarbeitern?					
11	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen häufig negative Gedanken?					
	ERGEBNIS					

0- 10 Geringe Stressbelastung
 10-15 Mittlere Stressbelastung
 > 15 Hohe Stressbelastung

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Arzttermin mit.
MODUL 2: BEWERTUNG VON SCHLAFSTÖRUNGEN

PERSÖNLICHE DATEN:

M/F

ALTER:

Bitte tragen Sie die Zahl, die am besten Ihre Situation bezeichnet, in das Feld neben der Frage:

Stimmt vollkommen			Stimmt zum Teil				Stimmt gar nicht		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1	Ich schlafe regelmäßig 7-8 Stunden	
2	Mein Schlafzimmer ist ruhig, gut gelüftet und dunkel	
3	Ich schlafe innerhalb von 30 Minuten ein	
4	Ich wache nur selten in der Nacht auf, schlafe bald wieder ein	
5	Ich bin abends vor dem Zubettgehen müde	
6	Ich fühle mich bald nach dem Aufwachen richtig wach	
7	Im Tagesverlauf bin ich durchgehend wach und leistungsfähig	
8	Meine Schlafgewohnheiten haben sich in letzter Zeit nicht verändert	
9	Ich habe das Gefühl, ich bekomme genügend Schlaf	
10	Meine Schlaf-Wachzeiten stimmen mit meiner inneren Uhr überein.	
11	Mein Schlaf ist tief, ruhig und erholsam.	
12	Ich bin meist optimistisch, leistungsfähig, konzentriert.	
	TOTAL	

AUSWERTUNG

20 – 40 Hinweis auf Schlafstörungen
 40 – 70 Schlafstörungen sollten weiter abgeklärt werden
 ab 70 Schlafstörungen dringend weiter abklären lassen.

Der Fragebogen gibt Hinweise, ob echte Schlafstörungen vorliegen. Wenn Sie mehrfach höhere Werte haben, sollten diese unbedingt weiter abgeklärt werden. Dies sollte vor allem dann geschehen, wenn Sie auch hohe Werte im Stressbelastungstest haben. Fragebögen geben diagnostische Hinweise und sind kein Ersatz für ärztliche Diagnose.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Arzttermin mit.

MODUL 3: WEITERE GESUNDHEITLICHE SYMPTOME

INITIALEN:

M/F

ALTER:

Bitte tragen Sie die Zahl, die am besten Ihre Situation bezeichnet, in das Feld neben der Frage:

Fast nie – selten			Manchmal - oft				Sehr oft - immer		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Welche gesundheitlichen Symptome sind Ihnen während der letzten 3 Monate aufgefallen und wie häufig sind/waren sie:

1	Allergie oder Ekzeme	
2	Magen-Darm Beschwerden	
3	Asthma oder chronische Bronchitis	
4	Wirbelsäulenbeschwerden	
5	Verspannungen, Beschwerden des Bewegungsapparates	
6	Kopfscherzen oder Migräne	
7	Infekte oder Verkühlungen	
8	Erschöpfung, physisch oder psychisch	
9	Gewichtszunahme oder Abnahme (ohne ersichtlichen Grund)	
10	Probleme einzuschlafen oder durchzuschlafen	
11	Traurigkeit, negative Gedanken oder Zynismus	
12	Ungeduld, ärgerlich oder gereizt	
13	Panikattacken, Angstzustände	
14	Mehr Alkohol getrunken als sonst	
15	Mehr geraucht als sonst	
	TOTAL	

Ab 15: Bestehende gesundheitliche Beeinträchtigung

Ab 30: Gesundheitliche Beeinträchtigung soll abgeklärt werden

Ab 50: Gesundheitliche Beeinträchtigung soll dringend abgeklärt werden.

Der Fragebogen gibt Hinweise, ob echte Schlafstörungen vorliegen. Wenn Sie mehrfach höhere Werte haben, sollten diese unbedingt weiter abgeklärt werden. Dies sollte vor allem dann geschehen, wenn Sie auch hohe Werte im Stressbelastungstest haben. Fragebögen geben diagnostische Hinweise und sind kein Ersatz für ärztliche Diagnose.

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Arzttermin mit.

Vom Arzt auszufüllen:

Laborwerte:

Blutdruck:

BMI:

Medikamente:

Notizen und zusätzliche Information:

Weiteres Vorgehen:

Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus und bringen ihn zum Arzttermin mit.
IMPRESSUM:

FÜR DEN INHALT VERANTWORTLICH:

Dr. Michaela Trnka

Gesellschaft für Integrative Ganzheitsmedizin
Döblinger Hauptstraße 52a/6/19
1190 Wien
T: 01-368 0380

www.igm.or.at

Die Gesellschaft für Integrative Ganzheitsmedizin ist eine gemeinnützige Organisation, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, den ganzheitlichen Ansatz in der Medizin zu fördern. Der Schwerpunkt der Gesellschaft ist die Stressmedizin.

Die Daten im vorliegenden Fragebogen dienen zur besseren Effizienz der Beratung durch den Arzt. Bei Gesundheitsaktion können alle gesammelten Daten zur statistischen Auswertung konsolidiert werden. Die Anonymität ist zu jedem Zeitpunkt gegeben und wird im Sinne des Arzt-Patienten Verhältnisses garantiert.

Die Bewertung der Fragebögen allein ergeben lediglich diagnostische Hinweise und stellen in keinem Fall eine ärztliche Diagnose dar.

