

## Gesundheitsfragebogen SVA Burnout-Präventionsprogramm

Zu-, Vorname: ..... VSNR: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich

Dieser Fragebogen ist eine wichtige Hilfestellung für die Auswahl der Teilnehmer an unserem Burnout-Präventionsprogramm. Ihre Antworten helfen außerdem der ärztlichen Betreuung während des Programms, Ihre Beschwerden besser zu verstehen.

Bitte beantworten Sie daher alle Fragen möglichst genau!

### Angaben zum Beruf

Welche selbständige Tätigkeit haben Sie persönlich in den letzten 5 Jahren ausgeübt? Wie viele Mitarbeiter beschäftigen Sie?
Welche Ausbildungen haben Sie absolviert, welche davon abgeschlossen?
Welche Arbeiten bzw. konkrete Tätigkeiten üben Sie durch Ihre gesundheitlichen Beschwerden in den letzten Monaten nicht mehr effektiv aus?
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?

**Ihre Gesundheitssituation in den letzten 2 Monaten:**

- Leiden Sie an wiederkehrenden Schmerzsymptomen?  ja  nein
- Leiden Sie an einer Beeinträchtigung der Alltagstätigkeiten?  ja  nein
- Leiden Sie an Schlafstörungen (z.B. Ein-/Durchschlafstörungen, vermehrtem Schlafbedürfnis)?  ja  nein
- Leiden Sie an einem allgemeinen Krankheitsgefühl?  ja  nein
- Können Sie sich schlecht konzentrieren?  ja  nein
- Fühlen Sie sich beim Aufwachen regelmäßig müde und erschöpft?  ja  nein
- Haben Sie regelmäßig ein Gefühl von Angst oder Panik?  ja  nein
- Waren Sie durch Nervosität und Ängstlichkeit in Ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt?  ja  nein
- Leiden Sie an Sinneswahrnehmungsstörungen?  ja  nein
- Fühlen Sie sich am Ende des Tages emotional ausgelaugt und leer?  ja  nein
- Haben Sie Schwierigkeiten Entscheidungen zu treffen?  ja  nein
- Haben Sie in letzter Zeit mehr geraucht als gewöhnlich?  ja  nein
- Wie viel mehr? .....
- Haben Sie in letzter Zeit mehr Alkohol als gewöhnlich konsumiert?  ja  nein
- Wie viel mehr? .....
- Haben sich Ihre sexuellen Bedürfnisse verändert?  ja  nein
- Sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung?  ja  nein
- Wenn ja, welche Fachrichtung? .....
- Sind Sie in psychiatrischer Behandlung?  ja  nein
- Anzahl der Behandlungen in den letzten 2 Monaten: .....
- Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung?  ja  nein
- Anzahl der Behandlungen in den letzten 2 Monaten: .....

Welche Beschwerden stehen bei Ihnen derzeit im Vordergrund?
Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein?
Was belastet Sie derzeit am meisten?
Welche konkreten Veränderungen/Verbesserungen erwarten Sie sich von dem Programm?

.....  
Datum

.....  
Unterschrift