

GG4 Haben Sie im letzten Jahr neue Gesundheitsförderungsangebote in Ihrer Gemeinde wahrgenommen?	
<input type="checkbox"/> ₂ Nein	
<input type="checkbox"/> ₁ Ja	
Welche <u>neuen</u> Angebote gab es in Ihrer Gemeinde im letzten Jahr? Bitte listen Sie alle auf, die Ihnen spontan einfallen:	

GFA Wie häufig nutzen Sie folgende Angebote in Ihrer Gemeinde? Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile eine Antwort an.					
	Nie	Selten	Gelegentlich	Oft	Kenne ich nicht/Gibt es nicht
1. Vorträge zu Gesundheitsthemen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Aktionstage und Ausflüge (z.B. Gesundheitstag, Wandertag, Mobilitätstag, Radtag, Laufveranstaltungen, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Kurse (z.B. Gymnastik/Fitnesskurse, Gesunder Rücken, Ernährungskurse, Kochkurse, Entspannungskurse, Erste Hilfe Kurs, VHS-Kurse zu Gesundheit, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Gruppen bzw. Vereinstreffen (z.B. Gesprächskreis, Seniorentreff, Gesunde Runde, Sporttreffs, Sportverein, diverse Selbsthilfegruppen, Kulturverein, Musikverein, Feuerwehr, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Öffentliche Bewegungsangebote (z.B. Wanderwege, Schrittweg, Fitnessparcour, Radwege, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Gesundheitsaktionen (z.B. Impfkaktion, Aktion zur Blutzuckermessung, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Beratungsstellen zu Gesundheit (z.B. Elternberatung, Ernährungsberatung, etc.)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

GG5 Wie erhalten Sie Informationen über Gesundheitsförderungsangebote? Bitte kreuzen Sie alle zutreffenden Antworten an (Mehrfachauswahl möglich):	
<input type="checkbox"/> ₁ Gemeindezeitung / Bezirkszeitung	<input type="checkbox"/> ₆ Soziale Medien (z.B. Facebook, etc.)
<input type="checkbox"/> ₂ Plakate	<input type="checkbox"/> ₇ Homepage der Gemeinde
<input type="checkbox"/> ₃ Folder / Broschüren / Flugblätter	<input type="checkbox"/> ₈ Recherche im Internet
<input type="checkbox"/> ₄ Auf Veranstaltungen	<input type="checkbox"/> ₉ Sonstiges, bitte angeben: _____
<input type="checkbox"/> ₅ Mündliche Empfehlung / Information	<input type="checkbox"/> ₁₀ Gar nicht

Gesundheitsbewusstsein

GB Lesen Sie sich bitte die Aussagen durch und kreuzen an, inwiefern sie auf Sie zutreffen.					
	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft weder zu noch nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
1. Ich achte sehr auf meine Gesundheit.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
2. Ein Leben in Gesundheit und Wohlbefinden ist mir sehr wichtig.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
3. Für meine Gesundheit bin ich bereit auf vieles zu verzichten.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
4. Ich achte aufmerksam auf Veränderungen in meiner Gesundheit.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
5. Ein guter Gesundheitszustand erfordert, dass ich dafür aktiv etwas tue.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
6. Es ist wichtig für mich, über Gesundheitsthemen informiert zu sein.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
7. Ich tue alles was ich kann, um gesund zu bleiben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
8. Ich weiß über meinen Gesundheitszustand bestens Bescheid.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
9. Ich übernehme Verantwortung für meinen Gesundheitszustand.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
10. Ich versuche aktiv, Krankheiten vorzubeugen.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
11. Ich bin ständig darum bemüht, meine Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
12. Ich bin sehr gesundheitsbewusst.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
13. Das Leben zu genießen ist mir wichtiger, als um jeden Preis gesund zu leben.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
14. Ich interessiere mich für Gesundheitsförderung und Prävention.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Gesundheit

Nun möchten wir Ihnen ein paar allgemeine Fragen zu **Ihrer Gesundheit** stellen. Bitte kreuzen Sie die zutreffende Antwort an.

HS1 Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen? Ist sie....?				
Sehr gut <input type="checkbox"/> ₁	Gut <input type="checkbox"/> ₂	Mittelmäßig <input type="checkbox"/> ₃	Schlecht <input type="checkbox"/> ₄	Sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₅

HS2 Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem? (Damit gemeint sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme, die 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.)	
<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

HS3 Wie sehr sind Sie seit zumindest einem halben Jahr durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt? Würden Sie sagen, Sie sind....?		
Stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₁	Etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₂	Nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/> ₃

Lebensqualität

Bitte beantworten Sie folgende Fragen auf der Grundlage Ihrer eigenen Beurteilungskriterien, Vorlieben und Interessen. Lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den **vergangenen zwei Wochen** gefühlt haben, und **kreuzen Sie auf der Skala an, was für Sie am ehestens zutrifft.**

LQ1 Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?				
Sehr schlecht <input type="checkbox"/> ₁	Schlecht <input type="checkbox"/> ₂	Mittelmäßig <input type="checkbox"/> ₃	Gut <input type="checkbox"/> ₄	Sehr gut <input type="checkbox"/> ₅

LQ2 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?				
Sehr unzufrieden <input type="checkbox"/> ₁	Unzufrieden <input type="checkbox"/> ₂	Weder zufrieden noch unzufrieden <input type="checkbox"/> ₃	Zufrieden <input type="checkbox"/> ₄	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> ₅

Über Sie

Zum Schluss möchten wir noch etwas über Sie erfahren. Die Erhebung und Auswertung der Daten erfolgt **absolut anonym**, so dass keine Daten auf Ihre Person zurückgeführt werden können.

P1 In welcher Gemeinde leben Sie? [bitte Postleitzahl und Gemeinde eintragen]
PLZ und Gemeinde: _____

P2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:	
<input type="checkbox"/> ₁ Weiblich	<input type="checkbox"/> ₂ Männlich

P3 Wie alt sind Sie? [bitte eintragen]
Alter in Jahren: _____

P4 Was ist Ihre höchste erfolgreich abgeschlossene Ausbildung?	
<input type="checkbox"/> ₁ Kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> ₅ Matura
<input type="checkbox"/> ₂ Pflichtschule	<input type="checkbox"/> ₆ Abschluss an einer Universität oder (Fach-) Hochschule
<input type="checkbox"/> ₃ Lehre mit Berufsschule	<input type="checkbox"/> ₇ Ein anderer Abschluss nach der Matura und zwar: <i>[bitte eintragen]</i>
<input type="checkbox"/> ₄ Fach- oder Handelsschule	_____

P5 Sind Sie derzeit oder waren Sie in einem Gesundheitsberuf tätig bzw. befinden Sie sich gerade in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf?	
<input type="checkbox"/> ₁ Ja	<input type="checkbox"/> ₂ Nein

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!