

# Work Ability Index-Fragebogen (Kurzversion)

Eintr.Nr.  
Mitarbeiterin

Dieser Fragebogen beinhaltet Fragen zu Ihrer Arbeit, zu Ihrer Arbeitsfähigkeit und zu Ihrer Gesundheit. Mit seiner Hilfe können Faktoren ermittelt werden, die zu einer Verminderung Ihrer Arbeitsfähigkeit und Gesundheit führen. Ihre Antworten dienen der Beurteilung, ob Maßnahmen zur Gesundheitsförderung festgelegt und Ihre Arbeitsbedingungen verbessert werden müssen. Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus und beantworten Sie alle Fragen. Zur Beantwortung der Fragen kreuzen Sie bitte jene Antwort bzw. Zahl an, von der Sie glauben, dass sie am ehesten zutrifft, oder schreiben Sie die Antwort in die dafür vorgesehene Zeile.

A1. \_\_\_\_\_  
Datum

A2. \_\_\_\_\_  
Persönliche Kennzeichnung

A5. \_\_\_\_\_ A6. Geschlecht :  männlich  weiblich  
Alter 0 1

A7. Beruf Sozialpädagogin  1 Erzieherin  2 Berufspraktikantin  3  
Kinderpflegerin  4 Vorpraktikantin  5 Heilpädagogin  6

A8. \_\_\_\_\_ Jahre  
Wie viele Jahre ist der Befragte berufstätig?

A9. Tätigkeit Sozialpädagogin  1 Erzieherin  2 Berufspraktikantin  3  
Kinderpflegerin  4 Vorpraktikantin  5 Heilpädagogin  6

A10. \_\_\_\_\_ Jahre  
Wie lange wird die gegenwärtige Tätigkeit ausgeübt?

A11. \_\_\_\_\_ Stunden  
Wie viele Wochenstunden ist der Befragte erwerbstätig?

A.12. Sind Sie bei Ihrer Arbeit

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Vorwiegend geistig tätig                             | <input type="radio"/> 1 |
| Vorwiegend körperlich tätig                          | <input type="radio"/> 2 |
| Zu etwa gleichen Teilen geistig und körperlich tätig | <input type="radio"/> 3 |

## Work Ability Index-Fragebogen (Kurzversion)

### 1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wieviele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)?

0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
völlig arbeitsunfähig zur Zeit die beste Arbeitsfähigkeit

### 2. Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Anforderungen der Arbeitsfähigkeit

2.1 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut  5  
eher gut  4  
mittelmäßig  3  
eher schlecht  2  
sehr schlecht  1

2.2 Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut  5  
eher gut  4  
mittelmäßig  3  
eher schlecht  2  
sehr schlecht  1

### Prävention

2.3 Bei mir wurde eine Vorsorgeuntersuchung durch den Betriebsarzt durchgeführt  ja  nein <sub>1 0</sub>

2.4 Ich habe einen Immunschutz gegen folgende Infektionskrankheiten (Mehrfachantworten möglich; Zutreffendes - nur wenn sicher bekannt - ankreuzen)

|   | Masern                  | Mumps                   | Röteln                  | Windpocken              | Keuchhusten             |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 2.4.1 aufgrund einer durchgemachten Erkrankung  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2.4.2 dokumentierte Impfung im Impfbuch   | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2.4.3 durch einer Impfung, die vom Betriebsarzt veranlasst oder durchgeführt wurde                          | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2.4.4 durch eine Titerbestimmung durch den Betriebsarzt belegt  | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |
| 2.4.5 die Kosten einer Impfung (vom Arbeitgeber oder Betriebsarzt veranlaßt) hat der Arbeitgeber übernommen | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

2.5 Ich war während meiner beruflichen Tätigkeit im Kindergarten an einer Kinderkrankheit erkrankt

|   |                         |                         |                         |                         |                         |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| durch Kontakt zu Kindergartenkindern                    | Masern                  | Mumps                   | Röteln                  | Windpocken              | Keuchhusten             |
| ja <input type="radio"/> 1 nein <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 |

## Work Ability Index-Fragebogen (Kurzversion)

### 3. Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten

Kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an. Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert oder behandelt hat.

|   | nein                    | ja, eigene<br>Ein-<br>schätzung | ja,<br>Diagnose<br>vom Arzt |
|---|-------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>3.1 Unfallverletzungen</b><br>(z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen</b><br>(z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen</b><br>(z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.4 Atemwegserkrankungen</b><br>(z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.5 Psychische Beeinträchtigungen</b><br>(z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)                           | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.6 Neurologische und sensorische Erkrankungen</b><br>(z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.7 Erkrankungen des Verdauungssystems</b><br>(z.B. der Galle, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt</b><br>(z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.9 Hautkrankheiten</b><br>(z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.10 Tumore / Krebs</b>  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen</b><br>(z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Kropf)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.12 Krankheiten des Blutes</b><br>(z.B. Anämie)   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.13 Angeborene Erkrankungen</b>   | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |
| <b>3.14 Andere Leiden oder Krankheiten : Welche ?</b><br>(bitte eintragen)  | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 2         | <input type="radio"/> 1     |

## Work Ability Index-Fragebogen (Kurzversion)

### 4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Ausübung Ihrer Arbeit? Falls nötig kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwortmöglichkeit an.

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Keine Beeinträchtigung/ Ich habe keine Erkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden                                 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern      | <input type="checkbox"/> 3 |
| Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten            | <input type="checkbox"/> 2 |
| Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig                                      | <input type="checkbox"/> 1 |

### 5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

Wie viele ganze Tage blieben Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| überhaupt keinen | <input type="radio"/> 5 |
| höchstens 9 Tage | <input type="radio"/> 4 |
| 10 - 24 Tage     | <input type="radio"/> 3 |
| 25 - 99 Tage     | <input type="radio"/> 2 |
| 100 - 354 Tage   | <input type="radio"/> 1 |

### 6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

|                  |                         |
|------------------|-------------------------|
| unwahrscheinlich | <input type="radio"/> 1 |
| nicht sicher     | <input type="radio"/> 4 |
| ziemlich sicher  | <input type="radio"/> 7 |

### 7. Psychische Leistungsreserven

7.1 Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| häufig      | <input type="radio"/> 4 |
| eher häufig | <input type="radio"/> 3 |
| manchmal    | <input type="radio"/> 2 |
| eher selten | <input type="radio"/> 1 |
| niemals     | <input type="radio"/> 0 |

7.2 Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| häufig      | <input type="radio"/> 4 |
| eher häufig | <input type="radio"/> 3 |
| manchmal    | <input type="radio"/> 2 |
| eher selten | <input type="radio"/> 1 |
| niemals     | <input type="radio"/> 0 |

7.3 Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

|             |                         |
|-------------|-------------------------|
| häufig      | <input type="radio"/> 4 |
| eher häufig | <input type="radio"/> 3 |
| manchmal    | <input type="radio"/> 2 |
| eher selten | <input type="radio"/> 1 |
| niemals     | <input type="radio"/> 0 |