

Egészségállapot felmérő kérdőív

A kérdőív az Ön egészségi állapotával, életmódjával kapcsolatosan tartalmaz kérdéseket. Azt a célt szolgálja, hogy minél szélesebb körben felmérjük az aktuális testi-lelki egészségállapotát, így egyénre szabott életmódváltási tervet dolgozhassunk ki az Ön számára.

A válaszadás önkéntes, adatait bizalmasan kezeljük. Az adatokat kizárólag a projekt keretein belül használjuk, azt külső személy számára nem adjuk ki.

Köszönjük az együttműködését!

NÉV:

SZÜL.DÁTUM:

TESTMAGASSÁG:

TESTSÚLY:

I. Általános kérdések

1. Véleménye szerint milyen az Ön általános egészségi állapota?

nagyon jó	jó	kielégítő	rossz	nagyon rossz
-----------	----	-----------	-------	--------------

2. Van valamilyen krónikus betegsége?

igen , mégpedig / nincs / nem tudom

3. Mit gondol, mennyit tesz Ön saját egészségéért jelenleg?

nagyon sokat	sokat	keveset	semmit sem
--------------	-------	---------	------------

4. Szeretne-e többet tenni?

Igen / nem

II. Testmozgás

5. Milyen rendszeresen végez legalább 30 percet meghaladó testmozgást (sport vagy fizikai munka, kerti munka, házi munka, hosszabb gyaloglás), amelynek eredményeképpen szaporábbá válik légzése és szívverése?

- hetente többször
- hetente egyszer
- havonta többször
- havonta
- ennél ritkábban / soha

6. Amennyiben ezt összesítjük, hetente mennyi időt tölt Ön testmozgással?

150 percnél kevesebbet / 150 percet vagy annál többet

7. Szeretne-e Ön ennél többet mozogni / sportolni?

igen / nem

8. Amennyiben Ön nem sportol, mi ennek az oka? (több választ is jelölhet)

- nincs rá időm
- lakóhelyemen nincs rá lehetőségem
- munkahelyemen nincs rá lehetőség
- krónikus betegségem, vagy más panaszom miatt
- Egyéb:

III. Táplálkozás

9. Mennyire foglalkozik Ön jelenleg azzal, hogy egészségesen táplálkozzon?
(1 - egyáltalán nem, 5 - nagyon sokat foglalkozom ezzel)

1 2 3 4 5

10. Mit gondol, mennyire kiegyensúlyozott jelenleg az Ön táplálkozása? (rendszeresség, ételek minősége, mennyisége, stb.)
(1- egyáltalán nem kiegyensúlyozott, 5 – teljes mértékben kiegyensúlyozott)

1 2 3 4 5

11. Naponta hány alkalommal étkezik Ön egy átlagos napon?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / -nél több

12. Körülbelül mennyi folyadékot fogyaszt egy átlagos napon?
..... (liter)

Milyen folyadékot fogyaszt?

.....

13. Szokott-e Ön meleg ebédet fogyasztani minden nap?

Igen / Nem

14. A főzéshez Önök otthon leggyakrabban:

- Olajat
- Zsírt
- Olajat és zsírt vegyesen
- Egyén mást:
használnak.

15. Milyen gyakran fogyasztja Ön az alábbi élelmiszereket?

	nem fogyaszt	1 hónapnál ritkábban	havi 1-3 alkalommal	heti 1-3 alkalommal	naponta	naponta többször
Fehér kenyér/pékárúk						
Barna kenyér ill. teljes kiőrlésű pékárúk						
Hús						
Hal						
Zöldségek						
Gyümölcsök						
Tej/tejtermékek (kefir, joghurt stb)						
Sós snack (chips, pattogatott kukorica stb)						
Édesség, csokoládé						

IV. Léleki egészség

16. Kérjük, gondolja át, hogy az elmúlt 1 hónapos időszakban hogy érezte magát ÁLTALÁBAN, ennek megfelelően válaszolja meg az alábbi kérdéseket.

Az elmúlt x időszakban milyen volt a/az...	nagyon rossz	rossz	kielégítő	jó	nagyon jó
Alvás minősége	1	2	3	4	5
Alvás mennyisége	1	2	3	4	5
Hangulat	1	2	3	4	5
Közérzet	1	2	3	4	5
Étvág	1	2	3	4	5

- > Amennyiben rossz/nagyon rossz mennyiségű vagy minőségű alvás választ jelölt:

Milyen jellegű alvásproblémája van?

- elalvás zavara (nehezen alszik el)
- álalvás zavara (többször felébred)
- nyugtalanul/felületesen alszik
- egyéb

Mit gondol, mi áll alvásproblémája hátterében?

- lelki okok (stressz, konfliktusok, szorongás, lehangoltság, stb.)
- szervi, testi problémák
- egyéb:

Milyen megoldást próbált találni problémájára?

- házi orvos, gyógyszerfelírás
- recept nélküli készítmény
- egyéb (pl. alkohol, stb):

Az elmúlt 1 hónapos időszakban érezte-e magát TARTÓSAN/TÖBBSZÖR	egyáltalán nem	kis mértékben	közepesen	gyakran	nagyon sokszor
boldognak, vidámnak	1	2	3	4	5
nyugodtnak, kiegyensúlyozottnak	1	2	3	4	5
lehangoltnak	1	2	3	4	5
feszültnek	1	2	3	4	5
szorongónak	1	2	3	4	5
indulatosnak	1	2	3	4	5

21. Áll, vagy korábban állt-e pszichiátriai kezelés alatt? Szed-e pszichiátriai gyógyszert (altató, nyugtató, hangulatjavító, stb.)

igen / nem

17. Általánosságban mennyire elégedett az életével?

egyáltalán nem	kis mértékben	közepesen	meglehetősen	teljesen
1	2	3	4	5

Beck féle depresszió kérdőív:

Most felsorolok néhány állítást. Kérem mindegyikről mondja meg, hogy mennyire jellemzőek mostanában az Önre az állításban megfogalmazott érzések és gondolatok.

1. Minden érdeklődését elvesztette mások iránt.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
2. Semmiben sem tud dönteni többé.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
3. Több órával korábban ébred, mint szokott és nem tud újra elaludni.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
4. Túlságosan fáradt, hogy bármit is csináljon.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
5. Annyira aggódik a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tud gondolni.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
6. Semmiféle munkát nem képes ellátni.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
7. Úgy látja, hogy a jövője reménytelen és a helyzete nem fog változni.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző
9. Állandóan hibáztatja önmagát.
teljesen jellemző - jellemző - alig jellemző - egyáltalán nem jellemző

V. Káros szokások

18. Ön jelenleg dohányzik?

Igen, naponta / Igen, alkalmanként / Nem

19. Hány szál cigarettát szív el naponta átlagosan?

20. Dohányzott-e valaha napi rendszerességgel legalább 1 éven keresztül, ha igen hány évig?

Igen (év) / nem

21. Otthonában milyen gyakran tartózkodik olyan helységben, ahol mások dohányoznak?

soha / kevesebb mint napi 1 órát / napi 1-5 órát / több mint 5 órát

AUDIT

22. Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?

- Soha
- Havonta, vagy ritkábban
- Havi 2-4 alkalommal
- Heti 2-3 alkalommal
- Naponta

23. Mennyi alkoholtartalmú italt fogyaszt egy olyan napon, amikor iszik?

.....

24. Milyen gyakran fogyaszt 6 v annál több alkoholtartalmú italt?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

25. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírja abbahagyni az ivást, ha már elkezdte?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

26. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte, hogy nem bírta teljesíteni azt, amit Öntől elvártak, mert ivott?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

27. Az elmúlt évben milyen gyakran volt szüksége egy első italra reggel, hogy elkezdje a napot egy erős italozás után?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

28. Az elmúlt évben milyen gyakran érezte rosszul vagy volt büntudata ivás után?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

29. Az elmúlt évben milyen gyakran fordult elő, hogy nem emlékezett arra, hogy mi történt az előző este az italozás miatt?

soha / kevesebbszer, mint havonta / havonta /hetente / naponta vagy szinte naponta

30. Megsérült-e Ön vagy valaki más italozása miatt?

nem / igen, de nem az elmúlt évben / Igen, az elmúlt évben

31. Előfordult-e, hogy egy rokon, barát, orvos, vagy más aggódott az ön ivása miatt, vagy azt javasolta, hogy fogyasszon kevesebbet?

Nem / Igen, de nem az elmúlt évben / Igen, az elmúlt évben

32. Az elmúlt 2 évben vett-e részt valamilyen szűrővizsgálaton? (emlő, prosztatata, nőgyógyászati, vastagbél, tüdő, bőrgyógyászati stb.)

igen / nem

33. Ha igen, milyen típusú szűrés volt ?

.....

Szeretne-e írásos személyre szabott kiértékelést és életmódváltó javaslatot kapni a kérdőívre adott válaszai alapján?

igen

nem

Dátum:

.....
aláírás