

## 1. War die Teilnahme alles in allem für Sie eher ein Erfolg oder eher ein Misserfolg? (Bitte nur ein Kreuz)

eher ein Erfolg      1       2       3       4       5       eher ein Misserfolg

## 2. Wie beurteilen Sie die folgenden Gesichtspunkte des von Ihnen besuchten Kurses?

(Bitte in jeder Zeile ein Kreuz)

	sehr gut			sehr schlecht	
die Ankündigung und Information über den Kurs	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Eignung der Räumlichkeiten (Ausstattung/Atmosphäre)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Medien und Materialien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Größe und Zusammensetzung des Teilnehmerkreises	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Verständlichkeit der Informationen und Anleitungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Art und Weise, wie die Inhalte vermittelt wurden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Eingehen auf Fragen und Bedürfnisse der Teilnehmer/innen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
die Art und Weise, wie der Bezug zum Alltag hergestellt wurde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## 3. Diese Fragen betreffen nicht nur das Thema des von Ihnen besuchten Kurses. Sie ermöglichen aber Vergleiche mit anderen Kursen und Gruppen und sind darum wichtig. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen! Bitte in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten vier Wochen:

	immer			nie	
habe ich wo es ging alle Bewegungsmöglichkeiten im Alltag genutzt (Treppen steigen, Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
hatte ich Freude an Bewegung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

## 4. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet      sehr gut      gut      weniger gut      schlecht  
 1       2       3       4       5

## 5. Im Vergleich zum letzten Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

derzeit viel besser      derzeit etwas besser      etwa wie vor einem Jahr      derzeit etwas schlechter      derzeit viel schlechter  
 1       2       3       4       5

**6. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?**

keine Schmerzen      sehr leicht      leicht      mäßig      stark      sehr stark  
 1       2       3       4       5       6

**7. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?**

überhaupt nicht      ein bisschen      mäßig      ziemlich      sehr  
 1       2       3       4       5

**8. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wo-chen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).**

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... sehr nervös?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... so niedergeschlagen, dass Sie nichts aufheitern konnte?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... glücklich?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**9. Wie viel wiegen Sie im Moment?**      Jetziges Gewicht: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg (ohne Kleidung)  
**Falls Sie (weiter) abnehmen möchten, welches Gewicht möchten Sie erreichen?**      Wunschgewicht: \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ kg (ohne Kleidung)

**10. An wie vielen Kurstreffen haben Sie teilgenommen?**      Anzahl Treffen: \_\_\_ \_\_\_

**11. Geburtsdatum\*/(Tag/Monat/Jahr)**      \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ 19 \_\_\_ \_\_\_      \* Tag und Monat werden nur dazu verwandt, den Eingangs- und den Schlussfragebogen zur Auswertung zusammenzuführen.