

Wie steht es um Ihre Arbeitsfähigkeit?



in Kooperation mit



Gesunde Impulse

WAI-Fragebogen
INQA WAI-Netzwerk
Deutschland

*basiert auf der 1998 in Deutschland
implementierten Fassung

3. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

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.

		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
WAI03a	1 Unfallverletzungen			
	Rücken	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Arm/Hand	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Bein/Fuß	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	anderes Körperteil	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03b	2 Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems			
	oberer Bereich des Rückens oder der Halswirbelsäule, wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Beschwerden im unteren Bereich des Rückens, wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	vom Rücken in das Bein ausstrahlender Schmerz/ Ischias	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Muskel-Skelett-Beschwerden der Gliedmaßen (Hand, Fuß), wiederholte Schmerzen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	rheumatische Gelenkbeschwerden	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	andere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03c	3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
	Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	koronare Herzkrankheit	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Brustschmerzen bei körperlicher Anstrengung (Angina pectoris)	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Herzinfarkt	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Herzleistungsschwäche	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	andere Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03d	4 Atemwegserkrankungen			
	wiederholte Atemwegsinfektionen (auch Mandelentzündung, Nebenhöhlenentzündung, Bronchitis)	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	chronische Bronchitis	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	chronische Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Bronchialasthma	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Lungenemphysem	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Lungentuberkulose	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	andere Atemwegserkrankungen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀

3. Fortsetzung Anzahl der aktuellen ärztlich 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.

		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
WAI03e	5 Psychische Beeinträchtigungen			
	schwere psychische Erkrankungen (z.B. schwere Depressionen, Psychosen, Verwirrtheit, Halluzinationen)	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	leichte psychische Störungen oder Probleme (z.B. leichte Depressionen, Angespanntheit, Angstzustände, Schlaflosigkeit)	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
WAI03f	6 Neurologische und sensorische Erkrankungen	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
	Schwerhörigkeit oder Hörschäden	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Erkrankungen oder Verletzungen der Augen	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	neurologische Krankheit (z.B. Schlaganfall, Neuralgie, Migräne, Epilepsie)	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	andere neurologische oder sensorische Erkrankungen	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
WAI03g	7 Erkrankungen des Verdauungssystems	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
	Erkrankungen der Galle, Gallensteine	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Leber- und Bauchspeicheldrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Gastritis- oder Zwölffingerdarmreizung	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Dickdarmreizung, Kolitis	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	andere Krankheit des Verdauungssystems	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
WAI03h	8 Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
	Harnwegserkrankungen	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Nierenleiden	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	Krankheit der Geschlechtsorgane (z.B. Eileiterinfektion bei Frauen oder Prostatainfektion bei Männern)	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	andere Geschlechts- und Harnwegserkrankungen	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
WAI03i	9 Hautkrankheiten	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
	allergischer Hautausschlag, Ekzeme	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	anderer Hautausschlag	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0
	andere Hautkrankheiten	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 0

3. Fortsetzung Anzahl der aktuellen ärztlich 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.

		eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
WAI03j	10 Tumore / Krebs			
	gutartiger Tumor	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	bösartiger Tumor (Krebs)	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03k	11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen			
	Fettleibigkeit, Übergewicht	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Kropf oder Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	andere Hormon- oder Stoffwechselerkrankung	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03l	12 Krankheiten des Blutes			
	Anämie	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	andere Blutkrankheit	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03m	13 angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
WAI03n	14 andere Leiden oder Krankheiten:	<input type="radio"/> ₂	<input type="radio"/> ₁	<input type="radio"/> ₀
	Welche? (bitte eintragen!) _____			

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Krankheiten

WAI04 **Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?**
 Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.

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

5. Krankenstand im vergangenen Jahr (12 Monate)

WAI05 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"/> O ₅ |
| höchstens 9 Tage | <input type="radio"/> O ₄ |
| 10 – 24 Tage | <input type="radio"/> O ₃ |
| 25 – 99 Tage | <input type="radio"/> O ₂ |
| 100 – 365 Tage | <input type="radio"/> O ₁ |

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

WAI06 Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

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

7. Psychische Leistungsreserven

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

	häufig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
WAI07a	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₀

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

	immer	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
WAI07b	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₀

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

	ständig	eher häufig	manchmal	eher selten	niemals
WAI07c	<input type="radio"/> O ₄	<input type="radio"/> O ₃	<input type="radio"/> O ₂	<input type="radio"/> O ₁	<input type="radio"/> O ₀