

FLZ Fragen zur Lebenszufriedenheit

2. Gesundheit

Im folgenden ist der Bereich Gesundheit in verschiedene Aspekte unterteilt. Sie sollen auch hier wieder angeben, wie **wichtig** Ihnen einzelne Aspekte sind, und wie **zufrieden** Sie damit sind. Bitte beantworten Sie **alle** Fragen. Lassen Sie sich nicht davon beeinflussen, ob Sie sich im Augenblick gut oder schlecht fühlen, sondern versuchen Sie, bei Ihrer Beurteilung **die letzten vier Wochen** zu berücksichtigen.

Bitte kreuzen Sie zunächst an, wie wichtig jeder einzelne Aspekt für Ihre Gesundheit ist. Bevor Sie beginnen, schauen Sie bitte erst alle Aspekte an.

Wie wichtig ist (sind) für Sie,...	nicht	etwas	ziemlich	sehr	extrem
	wichtig				
1) Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Entspannungsfähigkeit/ Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Energie/ Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Seh- und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Angstfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Beschwerde- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Unabhängigkeit von Hilfe/ Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte kreuzen Sie nun an, wie zufrieden Sie in den einzelnen Aspekten sind.

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer (Ihrem)...	un-	eher un-	ziemlich	sehr	
	zufrieden				
1) Körperliche Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Entspannungsfähigkeit/ Ausgeglichenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Energie/ Lebensfreude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Fortbewegungsfähigkeit (z.B. gehen, Auto fahren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Seh – und Hörvermögen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Angstfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Beschwerde- und Schmerzfreiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Unabhängigkeit von Hilfe / Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question about life-satisfaction_2. health

The following questions address your health, divided into several areas. Again, we ask you to estimate the **importance** of these areas in your life and how **satisfied** you are with them.

Please answer **all** questions.

Do not let yourself be influenced by acute good or bad feelings but try to evaluate **the last 4 weeks**.

Please firstly designate the importance of the different aspects of your health. Please look at all areas before starting to fill out the questionnaire.

How **important** are/is...

	not	a little	rather important	very	extremely
physical performance					
relaxation ability/balance					
energy/vitality					
locomotion (walking, driving,...)					
vision and hearing					
Lack of anxiety					
absence of symptoms/pain					
independence of help/care					

Please now designate your **satisfaction** with the different aspects of your health.

How **satisfied** are you with your...

	unhappy	rather unhappy	rather happy	quite happy	extremely happy
physical performance					
relaxation ability/balance					
energy/vitality					
locomotion (walking, driving,...)					
vision and hearing					
Lack of anxiety					
absence of symptoms/pain					
independence of help/care					