

Work Ability Index - Fragebogen (Kurzversion)

Das Ausfüllen des Fragebogens erfolgt FREIWILLIG. Mitarbeiter können nicht zur Teilnahme verpflichtet werden.

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	O ₁
vorwiegend körperlich tätig?	O ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	O ₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit										
Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)										
O ₀	O ₁	O ₂	O ₃	O ₄	O ₅	O ₆	O ₇	O ₈	O ₉	O ₁₀
völlig arbeitsunfähig										derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen				
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?				
sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O ₅	O ₄	O ₃	O ₂	O ₁

3. 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.			
		<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i> <i>liegt nicht vor</i>
1	Unfallverletzungen (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems von Rücken, Gliedern oder anderen Körperteilen (z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenken oder Muskeln, Ischias, Rheuma, Wirbelsäulenerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>eigene Diagnose</i>	<i>Diagnose vom Arzt</i>	<i>liegt nicht vor</i>
6 Neurologische und sensorische Erkrankungen (z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Migräne, Epilepsie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
7 Erkrankungen des Verdauungssystems (z.B. der Gallenblase, Leber, Bauchspeicheldrüse, Darm)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
8 Erkrankungen im Urogenitaltrakt (z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
9 Hautkrankheiten (z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
10 Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
11 Hormon- / Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
12 Krankheiten des Blutes (z.B. Anämie)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
13 Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
14 Andere Leiden oder Krankheiten: Welche? _____ (bitte eintragen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀

4. Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten

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 **O₆**
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden **O₅**
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern **O₄**
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern **O₃**
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten **O₂**
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig **O₁**

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 **O₅**
- höchstens 9 Tage **O₄**
- 10 - 24 Tage **O₃**
- 25 - 99 Tage **O₂**
- 100 - 365 Tage **O₁**

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

nicht sicher

ziemlich sicher

O₁

O₄

O₇

7. Psychische Leistungsreserven

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

häufig

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄

O₃

O₂

O₁

O₀

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

immer

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄

O₃

O₂

O₁

O₀

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

ständig

eher häufig

manchmal

eher selten

niemals

O₄

O₃

O₂

O₁

O₀

Die individuelle Nutzung und Anwendung des WAI-Fragebogens sind frei. Die Anwendung des WAI-Fragebogens in Betrieben in Deutschland sollte nur mit vorheriger Genehmigung durch das WAI-Netzwerk erfolgen. In anderen Ländern könnten andere Institutionen berechtigt sein, Genehmigungen/Lizenzen zur Nutzung auszustellen.