

Work Ability Index (WAI) – Fragebogen (Kurzversion)

(Die kommerzielle Nutzung dieses Fragebogens ist ohne Zustimmung der FIOH nicht gestattet)

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...	
vorwiegend geistig tätig?	<input type="checkbox"/> ₁
vorwiegend körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> ₂
etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?	<input type="checkbox"/> ₃

1. Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit	
<p>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)</p>	
<p> <input type="checkbox"/>₀ <input type="checkbox"/>₁ <input type="checkbox"/>₂ <input type="checkbox"/>₃ <input type="checkbox"/>₄ <input type="checkbox"/>₅ <input type="checkbox"/>₆ <input type="checkbox"/>₇ <input type="checkbox"/>₈ <input type="checkbox"/>₉ <input type="checkbox"/>₁₀ </p>	
völlig arbeitsunfähig	derzeit die beste Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen	
<p>Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?</p>	
sehr gut	<input type="checkbox"/> ₅
eher gut	<input type="checkbox"/> ₄
mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ₃
eher schlecht	<input type="checkbox"/> ₂
sehr schlecht	<input type="checkbox"/> ₁
<p>Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?</p>	
sehr gut	<input type="checkbox"/> ₅
eher gut	<input type="checkbox"/> ₄
mittelmäßig	<input type="checkbox"/> ₃
eher schlecht	<input type="checkbox"/> ₂
sehr schlecht	<input type="checkbox"/> 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.

	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
1 Unfallverletzung (z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
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"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Herzkrankheit, Herzinfarkt)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
4 Atemwegserkrankungen (z.B. wiederholte Atemwegsinfektionen, chronische Bronchitis, Bronchialasthma)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
5 Psychische Beeinträchtigungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit, psychovegetatives Erschöpfungssyndrom)	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₀
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 Beeinträchtigungen 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 ₆
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden ₅
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern ₄
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern ₃
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten ₂
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig ₁

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 5
höchstens 9 Tage 4
10-24 Tage 3
25-99 Tage 2
100-365 Tage 1

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 1
nicht sicher 4
ziemlich sicher 7

7. Psychische Leistungsreserven

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

- häufig 4
eher häufig 3
manchmal 2
eher selten 1
niemals 0

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

- immer 4
eher häufig 3
manchmal 2
eher selten 1
niemals 0

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

- ständig 4
eher häufig 3
manchmal 2
eher selten 1
niemals 0