**Beispielfragebogen**

1. **Angaben zur schulischen Tätigkeit**
   1. Wie viel Zeit verbringen Sie durchschnittlich pro Tag in der Schule?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. | weniger als 3 Stunden |
|  | 2. | 3 – 5 Stunden |
|  | 3. | 5 – 8 Stunden |
|  | 4. | mehr als 8 Stunden |

* 1. Wie viele Stunden verbringen Sie davon sitzend?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. | weniger als 3 Stunden |
|  | 2. | 3 – 5 Stunden |
|  | 3. | 5 – 8 Stunden |
|  | 4. | mehr als 8 Stunden |

* 1. Wie lange sind Ihre Pausen im Schnitt?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 1. | weniger als 10 Minuten |
|  | 2. | 10 – 20 Minuten |
|  | 3. | 20 – 60 Minuten |
|  | 4. | mehr als 60 Minuten |

* 1. Welches dieser Bilder entspricht am ehesten Ihrer Sitzhaltung?

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | 2. |
| 3. | 4. |

Abbildungen: Verschiedene Sitzhaltungen

Quelle: erstellt von Angelika Tannenholz

1. **Angaben zur privaten Tätigkeit**
   1. Wie viel Freizeit haben Sie durchschnittlich pro Tag?

|  |  |
| --- | --- |
|  | weniger als 3 Stunden |
|  | 3 – 5 Stunden |
|  | 5 – 8 Stunden |
|  | mehr als 8 Stunden |

* 1. Wie viele Stunden verbringen Sie in Ihrer Freizeit sitzend? (z. B. am PC oder mit dem Smartphone)

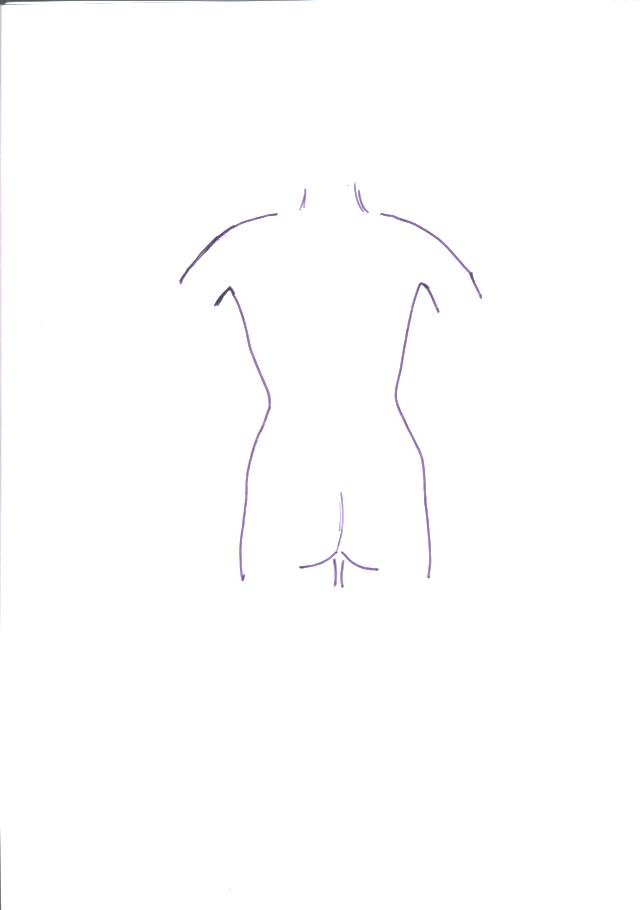
|  |  |
| --- | --- |
|  | weniger als 3 Stunden |
|  | 3 – 5 Stunden |
|  | 5 – 8 Stunden |
|  | mehr als 8 Stunden |

* 1. Welche Bedeutung hat für Sie Entspannung?

|  |  |
| --- | --- |
|  | hoch |
|  | mittel |
|  | wenig |
|  | gar keine |

1. **Schmerzeinschätzung**
   1. Leiden Sie unter Rückenschmerzen?

⃝ ja ⃝ nein



* 1. Wo sind diese Schmerzen?

Abbildung: Torso Rücken

Quelle: erstellt von Margarete Bigus

* 1. Wie stark sind diese Schmerzen in Ruhe?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schmerz-  stärke |  |  |  |
|  |  |  |

* 1. Wie stark sind die Schmerzen im Sitzen?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schmerz-  stärke |  |  |  |
|  |  |  |

1. **Sport**
   1. Treiben Sie Sport?

⃝ ja ⃝ nein

* 1. Wie häufig treiben Sie Sport?

|  |  |
| --- | --- |
|  | täglich |
|  | 3 – 6 x pro Woche |
|  | 1 – 2 x pro Woche |
|  | seltener |

* 1. Wie lange treiben Sie jeweils Sport?

|  |  |
| --- | --- |
|  | weniger als 30 Minuten |
|  | 30 Minuten bis 1 Stunde |
|  | 1 – 2 Stunden |
|  | mehr als 2 Stunden |

* 1. Hat Ihre gewählte Sportart positive Auswirkung auf Ihren Körper?

|  |  |
| --- | --- |
|  | hoch |
|  | mittel |
|  | wenig |
|  | gar keine |