

Datum: \_\_\_\_\_

Messung: Prä / Post 1 / Post 2

ID: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

## BSA-Fragbogen

1	Sind Sie berufstätig (auch Hausfrau/-mann) oder in Ausbildung?			
	<input type="checkbox"/> ja	⇒ weiter mit Frage 2	<input type="checkbox"/> nein	⇒ weiter mit Frage 3

2	Ihre Berufstätigkeit bzw. Ausbildung umfasst ...			
sitzende Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eher wenig etwas	<input type="checkbox"/> eher mehr	<input type="checkbox"/> viel
mäßige Bewegung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eher wenig	<input type="checkbox"/> eher mehr	<input type="checkbox"/> viel
intensive Bewegung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> eher wenig	<input type="checkbox"/> eher mehr	<input type="checkbox"/> viel

3	An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten <b>in den letzten 4 Wochen</b> ausgeübt?		
Zu Fuß zur Arbeit gehen (auch längere Teilstrecken)	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Zu Fuß zum Einkaufen gehen	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Radfahren zur Arbeit	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Radfahren zu sonstigen Fortbewegungszwecken	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Spaziergehen	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Gartenarbeit (z. B. Rasen mähen, Hecke schneiden)	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Hausarbeit (z. B. Putzen, Aufräumen)	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>
Körperlich anstrengende Pflegearbeit (z. B. Kinder betreuen, Kranke pflegen)	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Minuten pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>

4	An wie vielen Tagen und wie lange haben Sie die folgenden Aktivitäten <b>in den letzten 4 Wochen</b> ausgeübt?		
Treppensteigen	an ..... Tagen während der 4 Wochen	ca. .... Stockwerke pro Tag	nicht gemacht <input type="checkbox"/>

5	Haben Sie <b>in den letzten 4 Wochen</b> regelmäßige sportliche Aktivität betrieben?			
	<input type="checkbox"/> ja	⇒ weiter mit Frage 6	<input type="checkbox"/> nein	⇒ weiter mit Frage xy

Datum: \_\_\_\_\_

Messung: Prä / Post 1 / Post 2

ID: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

6 Um welche sportliche(n) Aktivität(en) handelt es sich dabei?		
A ..... (bitte hier eintragen)	B ..... (bitte hier eintragen)	C ..... (bitte hier eintragen)
Aktivität <b>A</b> habe ich in den <b>letzten 4 Wochen</b>  ca. .... Mal ausgeübt,  und zwar bei jedem Mal für  ca. .... Minuten	Aktivität <b>B</b> habe ich in den <b>letzten 4 Wochen</b>  ca. .... Mal ausgeübt,  und zwar bei jedem Mal für  ca. .... Minuten	Aktivität <b>C</b> habe ich in den <b>letzten 4 Wochen</b>  ca. .... Mal ausgeübt,  und zwar bei jedem Mal für  ca. .... Minuten