

1. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?

- | | |
|--|---|
| 01 <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung | 07 <input type="checkbox"/> mittlere Angestellte (Sachbearb., Buchhalter) |
| 02 <input type="checkbox"/> angelernte/ungelernte Arbeiter | 08 <input type="checkbox"/> leitende und wissenschaftliche Angestellte |
| 03 <input type="checkbox"/> Facharbeiter, Geselle | 09 <input type="checkbox"/> Beamte, einfacher/mittlerer Dienst |
| 04 <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/Polier | 10 <input type="checkbox"/> Beamte, gehobener/höherer Dienst |
| 05 <input type="checkbox"/> Meister im Arbeits-/Angestelltenverhältnis | 11 <input type="checkbox"/> Unternehmer, Inhaber, Selbständige |
| 06 <input type="checkbox"/> ausführende Angestellte (Verkäuf., Schreibkr.) | 12 <input type="checkbox"/> anderes |

In welchem Bereich des Betriebes arbeiten Sie überwiegend?

- 1 Werkstatt/Produktion 2 im Verkauf 3 im Büro 4 Außendienst/Baustelle
5 anderes, nämlich:

2. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Punkten in Ihrer derzeitigen Tätigkeit?

(Bitte in jeder Zeile ein Kreuz machen)

	sehr zufrieden	im großen und ganzen zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Betriebsklima	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Arbeitszeitregelung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Einkommen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
mit Ihren Vorgesetzten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Art und Inhalt der Tätigkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Räumliche Verhältnisse, Umfeld des Arbeitsplatzes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, sich weiterzubilden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

3. Welche dieser gesundheitlichen Beschwerden treten bei Ihnen während oder unmittelbar nach der Arbeit häufig auf?

- | | |
|---|---|
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen im unteren Rücken | 1 <input type="checkbox"/> Augen: Brennen, Jucken, Tränen |
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich | 1 <input type="checkbox"/> Hautreizungen, Juckreiz |
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen in Armen und Händen | 1 <input type="checkbox"/> nächtliche Schlafstörungen |
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Hüfte | 1 <input type="checkbox"/> Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung |
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen in den Knien | 1 <input type="checkbox"/> Magen- oder Verdauungsbeschwerden |
| 1 <input type="checkbox"/> Schmerzen/Schwellung in Beinen/Füßen | 1 <input type="checkbox"/> Hörverschlechterung, Ohrgeräusche |
| 1 <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | 1 <input type="checkbox"/> Nervosität oder Reizbarkeit |
| 1 <input type="checkbox"/> Herzstiche/-Schmerzen, Engegefühl i. Brust | 1 <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| 1 <input type="checkbox"/> Atemnot | 1 <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl |
| 1 <input type="checkbox"/> Husten | 1 <input type="checkbox"/> andere Beschwerden während/nach Arbeit |
| 1 <input type="checkbox"/> Laufen der Nase oder Niesreiz | 1 <input type="checkbox"/> überhaupt keine Beschwerden |

4. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

ungefähr Tage keinen Tag

5. Welche der folgenden ungünstigen Arbeitsbedingungen (die für alle Arten von Arbeitsplätzen formuliert wurden) kommen an Ihrem Arbeitsplatz oft vor, d.h. mindestens mehrfach wöchentlich? Wenn etwas vorkommt, kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie sich dadurch belastet fühlen.

		kommt oft vor und ...		
Lassen Sie Zeilen frei, wenn etwas nicht oft vorkommt!		belastet nicht	belastet wenig	belastet stark
Körperlicher Bereich:	einseitige/verkrampfte Haltung, vorwiegend stehend/sitzend/kniend arbeiten, schweres Heben, Vibrationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Physikalische Einflüsse:	Staub, Lärm, Schmutz, Rauch, Ruß, Gase, Umgang mit Fett/Öl, Gefahrstoffen oder Strahlen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Klimatische Einflüsse	Hitze, Kälte, zu feuchte/zu trockene Luft, Durchzug, Arbeit bei schlechtem Wetter/schlechter Lüftung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ausstattung:	ungünstige Beleuchtung, fehlendes/schlechtes Werkzeug oder Material, mangelhafte Schutzausrüstung, Unfallgefahr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck:	zu viel Arbeit, Leistungsdruck, monotone Arbeit, starke Konzentration/Anspannung, hohe Verantwortung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitszeit:	lange Anfahrtswege, lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden, ungünstige Arbeitszeiten/Schichtarbeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Personalführung:	fehlende Anerkennung, unklare oder widersprüchliche Anweisungen, fehlende Informationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsorganisation:	Zeitdruck, Hektik, schlechte Zuarbeit oder Zusammenarbeit, häufige Störungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

6. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

keine Schmerzen	sehr leicht	leicht	mäßig	stark	sehr stark
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht	ein bisschen	mäßig	ziemlich	sehr
1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

9. In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen vier Wochen gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile das Kästchen an, das Ihrem Befinden am ehesten entspricht).

Wie oft waren Sie in den vergangenen vier Wochen ...	immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	nie
... voller Schwung?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... erschöpft?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
... müde?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Alter: _____ Jahre	Geschlecht: 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/> männlich	Krankenkasse: 1 <input type="checkbox"/> AOK 2 <input type="checkbox"/> BKK 3 <input type="checkbox"/> Ersatzkasse 4 <input type="checkbox"/> IKK 5 <input type="checkbox"/> andere	Schulabschluss: 1 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss 2 <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule 3 <input type="checkbox"/> Realschule/mittl. Reife/POS 4 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife, Abitur
------------------------------	--	---	---

Zusatzbogen zur Mitarbeiterbefragung "Gesundheit im Betrieb"

10. Wenn Sie drei Änderungen für Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Arbeit insgesamt vorschlagen könnten, was würden Sie vorschlagen? Bitte wählen Sie die drei wichtigsten Bereiche aus und notieren Sie in Stichworten Ihre Vorschläge!

1 Betriebsklima, z.B.:

2 Aufstiegsmöglichkeiten, z.B.:

3 Arbeitszeitregelung, z.B.:

4 Einkommen, z.B.:

5 Vorgesetzte, z.B.:

6 Art und Inhalt der Tätigkeit, z.B.:

7 Räume, Arbeitsumfeld, z.B.:

8 Arbeitsbelastung, z.B.:

9 Personaleinsatz, z.B.:

10 Weiterbildung, z.B.:

11 Anderes, z.B.:

11. Diese Fragen betreffen nicht den Arbeitsplatz. Sie sind aber eine wichtige Ergänzung zur Beschreibung Ihrer Gesundheit. Bitte kreuzen Sie an, wie häufig die folgenden Aussagen in den letzten vier Wochen auf Sie zutrafen! Bitte in jeder Zeile ein Kreuz!

In den letzten vier Wochen:

immer

nie

habe ich wo es ging Bewegungsmöglichkeiten im Alltag genutzt
(Treppen steigen, Wege mit dem Fahrrad oder zu Fuß)

1 2 3 4 5

habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben

1 2 3 4 5

habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)

1 2 3 4 5

hatte ich Freude an Bewegung

1 2 3 4 5

habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen

1 2 3 4 5

habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen

1 2 3 4 5

habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt

1 2 3 4 5

habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen

1 2 3 4 5

habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt

1 2 3 4 5

konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen

1 2 3 4 5

habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun

1 2 3 4 5

hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen

1 2 3 4 5

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!