

In welchem Bereich des Betriebs arbeiten Sie überwiegend?

01 Betriebsbereich 1

02 Betriebsbereich 2

03 Betriebsbereich 3

04 Betriebsbereich 4

05 Betriebsbereich 5

06 anderes:

1. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

ausgezeichnet

1

sehr gut

2

gut

3

weniger gut

4

schlecht

5

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	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Einkommen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
mit Ihren Vorgesetzten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Art und Inhalt der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Räumliche Verhältnisse, Umfeld des Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Möglichkeiten, sich weiterzubilden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Entspannungs-/Bewegungsmöglichkeiten in den Pausen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
Möglichkeiten der Pausenverpflegung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Schmerzen im unteren Rücken

Augen: Brennen, Jucken, Tränen

Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich

Hautreizungen, Juckreiz

Schmerzen in Armen und Händen

nächtliche Schlafstörungen

Schmerzen in der Hüfte

Müdigkeit, Mattigkeit oder Erschöpfung

Schmerzen in den Knien

Magen- oder Verdauungsbeschwerden

Schmerzen/Schwellung in Beinen/Füßen

Hörverschlechterung, Ohrgeräusche

Kopfschmerzen

Nervosität oder Reizbarkeit

Herzstiche/-Schmerzen, Engegefühl i. Brust

Niedergeschlagenheit

Atemnot

Schwindelgefühl

Husten

andere Beschwerden während/nach Arbeit

Laufen der Nase oder Niesreiz

überhaupt keine Beschwerden

4. Welche der folgenden ungünstigen Arbeitsbedingungen 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.

Lassen Sie Zeilen frei, wenn etwas nicht oft vorkommt!

kommt oft vor → belastet mich auch

Körperlicher Bereich: einseitige/verkrampfte Haltung, vorwiegend stehend/sitzend/kniend arbeiten, schweres Heben, Vibrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Einflüsse: Staub, Lärm, Schmutz, Rauch, Ruß, Gase, Umgang Gefahrstoffen oder Strahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimatische Einflüsse: Hitze, Kälte, zu feuchte/zu trockene Luft, Durchzug, Arbeit bei schlechtem Wetter/schlechter Lüftung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausstattung: ungünstige Beleuchtung, schadhaftes/fehlendes Werkzeug/Material, schlechte Schutzausrüstung, Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck: zu viel Arbeit, Leistungsdruck/-kontrolle, monotone Arbeit, starke Konzentration/Anspannung, hohe Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitszeit: lange Anfahrtswege, lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden, starre/ungünstige Arbeitszeiten, Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalführung: fehlende Anerkennung, unklare oder widersprüchliche Anweisungen, fehlende/zu viel Informationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsorganisation: Zeitdruck, Hektik, schlechte Zuarbeit oder Zusammenarbeit, häufige Störungen, fehlende Unterstützung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. 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!

- 01  Betriebsklima, z.B.: \_\_\_\_\_
- 02  Aufstiegsmöglichkeiten, z.B.: \_\_\_\_\_
- 03  Arbeitszeitregelung, z.B.: \_\_\_\_\_
- 04  Einkommen, z.B.: \_\_\_\_\_
- 05  Vorgesetzte, z.B.: \_\_\_\_\_
- 06  Art und Inhalt der Tätigkeit, z.B.: \_\_\_\_\_
- 07  Räume, Arbeitsumfeld, z.B.: \_\_\_\_\_
- 08  Arbeitsbelastung, z.B.: \_\_\_\_\_
- 09  Personaleinsatz, z.B.: \_\_\_\_\_
- 10  Weiterbildung, z.B.: \_\_\_\_\_
- 11  Entspannung/Bewegung i.d. Pausen: \_\_\_\_\_
- 12  Pausenverpflegung, z.B.: \_\_\_\_\_
- 13  Anderes, z.B.: \_\_\_\_\_

Alter: _____ Jahre (Bei Angst vor Identifizierung: bitte 1-2 Jahre mehr oder weniger angeben)	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
---	---

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!