

In welchem Bereich des Betriebs arbeiten Sie überwiegend?

- 01 Betriebsbereich 1 02 Betriebsbereich 2 03 Betriebsbereich 3
 04 Betriebsbereich 4 05 Betriebsbereich 5 06 Betriebsbereich 6
 07 Betriebsbereich 7 08 Betriebsbereich 8 09 anderes:

1. Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand beschreiben?

- ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht
 1 2 3 4 5

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

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

3. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einkommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit Ihren Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Art und Inhalt der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Räumliche Verhältnisse, Umfeld d. Arbeitsplatzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck und Arbeitsbelastung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, Ihre Fähigkeiten anzuwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeiten, sich weiterzubilden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Welche der folgenden Bedingungen kommen an Ihrem Arbeitsplatz oft, d.h. mindestens mehrfach wöchentlich (A) vor? Wenn etwas oft vorkommt, kreuzen Sie bitte auch an, ob Sie sich dadurch belastet fühlen (B).

Lassen Sie Zeilen frei, wenn etwas nicht oft vorkommt!

	A kommt oft vor	→	B belastet mich auch
Unangenehme, einseitige/verkrampfte Körperhaltung	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Vorwiegend stehend arbeiten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Vorwiegend hockend, kniend arbeiten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Vorwiegend sitzend arbeiten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Schwere Gegenstände tragen, heben	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Vibrationen, Erschütterungen	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Umgang mit Gefahrstoffen	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Lärm	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Staub	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Schmutz	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Rauch, Ruß, Gase	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Hitze, Wärme	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Kälte	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Nässe, feuchte Luft	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Zu trockene Luft	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Durchzug, Zugluft	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Arbeit bei schlechtem Wetter bzw. schlechter Lüftung	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Ungünstige Beleuchtung	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Schadhaftes/fehlendes Werkzeug, Arbeitsmaterial	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Schlechte Schutzausrüstung, Unfallgefahr	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Überforderung, zu viel Arbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Gleichförmige, monotone Arbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Starke Konzentration, Anspannung	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Hohe Verantwortung	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Leistungsdruck, Leistungskontrolle, Akkordarbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Lange Anfahrtswege von zu Hause zum Arbeitsplatz	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Häufige Überstunden, lange Arbeitszeiten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Ungünstige Arbeitszeiten, Schichtarbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Starre Arbeitszeiten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Fehlende Anerkennung von Vorgesetzten	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Widersprüchliche Anforderungen/unklare Anweisungen	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Fehlende Informationen über die Arbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Zu viele Informationen über die Arbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Zeit- oder Termindruck, Hektik	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Häufige Störungen	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Schlechte Zuarbeit/schlechte Zusammenarbeit	1 <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/>
Fehlende Unterstützung von Kollegen	1 <input type="checkbox"/>		2 <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!

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.: _____

6. Was ist an Ihrem Arbeitsplatz oder an Ihrer Arbeit insgesamt besonders gut, was würden Sie gar nicht ändern? Bitte notieren Sie, was Ihnen am wichtigsten ist!

12 _____

Die Fragen auf der letzten Seite betreffen nicht den Arbeitsplatz. Sie sind aber eine wichtige Ergänzung zur Beschreibung von Gesundheit und zur Planung von Gesundheitsangeboten.

7. 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 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich mindestens einmal in der Woche Sport getrieben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich Sport zusammen mit anderen getrieben (Verein, Gruppe)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
hatte ich Freude an Bewegung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich täglich frisches Gemüse, Obst oder Salat gegessen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich darauf geachtet, nicht zu fett zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich mich ausgewogen und abwechslungsreich ernährt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich darauf geachtet, nicht zu viel zu essen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich die Ursachen von unangenehmem Stress erkannt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
konnte ich Stress-Situationen gut bewältigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
habe ich versucht, gegen die Ursachen von Stress etwas zu tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	
hatte ich gute Methoden, um mich zu entspannen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	

8. 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	manchmal	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"/>

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!