

1. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?

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

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 | 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"/> |

4. 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"/> |

5. Im Vergleich zum letzten Jahr, wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| derzeit viel besser | derzeit etwas besser | etwa wie vor einem Jahr | derzeit etwas schlechter | derzeit viel schlechter |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

6. 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 | 1 <input type="checkbox"/> | → 2 <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"/> |
| Klimatische Einflüsse: Hitze, Kälte, zu feuchte/zu trockene Luft, Durchzug, Arbeit bei schlechtem Wetter/schlechter Lüftung | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Ausstattung: ungünstige Beleuchtung, fehlendes/schlechtes Werkzeug oder Material, mangelhafte Schutzausrüstung, Unfallgefahr | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsdruck: zu viel Arbeit, Leistungsdruck, monotone Arbeit, starke Konzentration/Anspannung, hohe Verantwortung | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Arbeitszeit: lange Anfahrtswege, lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden, ungünstige Arbeitszeiten/Schichtarbeit | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Personalführung: fehlende Anerkennung, unklare oder widersprüchliche Anweisungen, fehlende Informationen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| Arbeitsorganisation: Zeitdruck, Hektik, schlechte Zusammenarbeit oder Zusammenarbeit, häufige Störungen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

7. 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 | 01 <input type="checkbox"/> Betriebsklima, z.B.: | |
| 02 | 02 <input type="checkbox"/> Aufstiegsmöglichkeiten, z.B.: | |
| 03 | 03 <input type="checkbox"/> Arbeitszeitregelung, z.B.: | |
| 04 | 04 <input type="checkbox"/> Einkommen, z.B.: | |
| 05 | 05 <input type="checkbox"/> Vorgesetzte, z.B.: | |
| 06 | 06 <input type="checkbox"/> Art und Inhalt der Tätigkeit, z.B.: | |
| 07 | 07 <input type="checkbox"/> Räume, Arbeitsumfeld, z.B.: | |
| 08 | 08 <input type="checkbox"/> Arbeitsbelastung, z.B.: | |
| 09 | 09 <input type="checkbox"/> Personaleinsatz, z.B.: | |
| 10 | 10 <input type="checkbox"/> Weiterbildung, z.B.: | |
| 11 | 11 <input type="checkbox"/> Anderes, z.B.: | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| Alter: _____ Jahre | Geschlecht: 1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/> männlich | NN-versichert 1 <input type="checkbox"/> ja 2 <input type="checkbox"/> nein | Schulabschluss: 1 <input type="checkbox"/> (noch) keiner 3 <input type="checkbox"/> Realschule 2 <input type="checkbox"/> Hauptschule 4 <input type="checkbox"/> Gymnasium |
|------------------------------|--|--|---|

Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!