

**1. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?**

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

**In welchem Bereich des Betriebes arbeiten Sie überwiegend?**

- 1 Produktion/Werkstatt       2 im Verkauf       3 im Büro       4 anderes

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

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

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 die Zeile frei, wenn etwas nicht vorkommt!	A kommt mehr- fach/Woche vor		B und belastet mich
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, Material	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"/>
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"/>
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"/>

**5. Wie beurteilen Sie die Qualität Ihres Arbeitsplatzes?**

	sehr gut	gut	mittel- mäßig	schlecht	sehr schlecht
Bewegungsfläche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
Arbeits- und Ablageflächen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
körpergerechte Möbel (Tisch, Stuhl)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
körpergerechte Arbeitsmittel (z.B. Werkbank, PC)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**6. Welche der folgenden Themen zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung interessieren Sie?**

		Interessiert mich ...		
		sehr	wenig	gar nicht
<b>Kurse zu den Themen</b>	Rückenschule/Wirbelsäulengymnastik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Entspannungsübungen, Stressbewältigung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Verbesserung der Arbeitsorganisation	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Ernährungsberatung, -kurse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Nichtraucher-Seminare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Gesundheits-Checks zu</b>	Herz-Kreislauf	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Wirbelsäule, Gelenke	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
<b>Anderes:</b>	Angebote zur Suchtprävention	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Seminare für Führungskräfte, z.B. Mitarbeiterführung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Seminare zu Themen wie Kommunikation, Zeitmanagement	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
	Vorträge, Aktionen zu anderen Themen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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!**

- 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.: \_\_\_\_\_

**8. Wie beurteilen Sie die in Ihrem Betrieb geplanten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung?**

sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
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    manchmal    selten    nie

... voller Schwung?    1     2     3     4     5     6

... voller Energie?    1     2     3     4     5     6

... erschöpft?    1     2     3     4     5     6

... müde?    1     2     3     4     5     6

**Alter:**

\_\_\_\_\_ Jahre

**Geschlecht:**

1  weiblich  
2  männlich

**Schulabschluss:**

1  (noch) keiner    3  Realschule  
2  Hauptschule    4  Gymnasium

**Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung an dieser Befragung!**