



Fragen zur Gesundheit am Arbeitsplatz

Dieser Fragebogen dient der Erkundung Ihrer persönlichen Einschätzung Ihrer Gesundheitssituation am Arbeitsplatz. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Die Auswertung erfolgt anonym und wird in einem Ergebnisbericht zusammengefasst.

Bitte beantworten Sie möglichst alle Fragen.

1. Wie schätzen Sie persönlich Ihren Gesundheitszustand ein?

₁ sehr gut ₂ gut ₃ weniger gut ₄ schlecht v1

2. Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Gesundheit durch Ihre Tätigkeit beeinträchtigt wird?

₁ ja, stark ₂ etwas ₃ eher nein ₄ nein v2

Nur wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihre Gesundheit beeinträchtigt wird:

3. Was könnte nach Ihrer Meinung dafür verantwortlich sein?

	belastet stark	belastet etwas	
langes Stehen/ Laufen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v3
langes Sitzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v4
schweres Heben und Tragen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v5
ungünstige Körperhaltung	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v6
Arbeitsumgebung			
(Licht ,Lärm, Zugluft, Temperatur)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v7
Arbeitsmenge, Zeitdruck	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v8
Sonstige Belastungen:			v9
.....			

Bitte wenden



Nur wenn Sie das Gefühl haben, dass Ihre Gesundheit beeinträchtigt wird:

4. Welche Beschwerden treten im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit auf?

	häufig	selten	
Schmerzen Hände/Arm	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v10
Schmerzen Schultern/Nacken	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v11
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v12
Schmerzen Füße/Knie/Beine	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v13
Erkältungen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v14
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v15
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v16
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v17
Gereiztheit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v18
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	v19
Sonstige Beschwerden:			v20

Finden Sie es gut, wenn Ihr Arbeitgeber Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit seinen Mitarbeitern anbietet?

₁ ja ₂ nein v21

5. An welchen der folgenden Maßnahmen würden Sie gerne teilnehmen?

Bewegungstraining	<input type="checkbox"/>	v23
Entspannungstraining/ Stressbewältigung	<input type="checkbox"/>	v24
Ernährungsprogramm	<input type="checkbox"/>	v25
Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/>	v26
Onlineprogramme Bewegung, Ernährung, Entspannung, Sucht	<input type="checkbox"/>	v27
Sonstiges _____		v28

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!