

1. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?

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

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

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

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

4. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten insgesamt so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?ungefähr Tage keinen Tag

5. Welche der folgenden ungünstigen Arbeitsbedingungen (die für alle Arten von Arbeitsplätzen formuliert wurden) 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.

		kommt oft vor und ...		
Lassen Sie Zeilen frei, wenn etwas nicht oft vorkommt!		belastet nicht	belastet wenig	belastet stark
Körperlicher Bereich:	einseitige/verkrampfte Haltung, vorwiegend stehend/sitzend/kniend arbeiten, schweres Heben, Vibrationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <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"/>	3 <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"/>	3 <input type="checkbox"/>
Ausstattung:	ungünstige Beleuchtung, fehlendes/schlechtes Werkzeug oder Material, mangelhafte Schutzausrüstung, Unfallgefahr	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsdruck:	zu viel Arbeit, Leistungsdruck, monotone Arbeit, starke Konzentration/Anspannung, hohe Verantwortung	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitszeit:	lange Anfahrtswege, lange Arbeitszeiten, häufige Überstunden, ungünstige Arbeitszeiten/Schichtarbeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Personalführung:	fehlende Anerkennung, unklare oder widersprüchliche Anweisungen, fehlende Informationen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
Arbeitsorganisation:	Zeitdruck, Hektik, schlechte Zuarbeit oder Zusammenarbeit, häufige Störungen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

6. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?

ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht

1 2 3 4 5

7. Wie stark waren Ihre Schmerzen in den vergangenen vier Wochen?

keine Schmerzen sehr leicht leicht mäßig stark sehr stark

1 2 3 4 5 6

8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen vier Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltags-tätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?

überhaupt nicht ein bisschen mäßig ziemlich sehr

1 2 3 4 5

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	manch-mal	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"/>

Alter:	Geschlecht:	Krankenkasse:	Schulabschluss:
_____ Jahre	1 <input type="checkbox"/> weiblich 2 <input type="checkbox"/> männlich	1 <input type="checkbox"/> AOK 4 <input type="checkbox"/> IKK 2 <input type="checkbox"/> BKK 5 <input type="checkbox"/> andere 3 <input type="checkbox"/> Ersatzkasse	1 <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss 2 <input type="checkbox"/> Volks-/Hauptschule 3 <input type="checkbox"/> Realschule/mittl. Reife/POS 4 <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife, Abitur