|  |  |
| --- | --- |
| **Arbeitgeber:** |  |
| **Arbeitsbereich:** | Produktion □ | Verwaltung □ | ……………….. □ |
| **Geschlecht:** | weiblich □ | männlich □ | divers □ |
| **Alter:** | unter 30 □ | 30 – 50 □ | Über 50 □ |
| **Führungskraft:** | Ja □ | Nein □ |

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Sind Sie bei Ihrer Arbeit** |  |
| Vorwiegend geistig tätig? | □ |
| Vorwiegend körperlich tätig? | □ |
| Etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig | □ |

|  |
| --- |
| **2. Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben?(0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Völlig arbeitsunfähig |  | Derzeit die beste Arbeitsfähigkeit |

|  |
| --- |
| **3. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen einschätzen.** |
| Sehr gut | □  |
| Eher gut | □  |
| Mittelmäßig | □  |
| Eher schlecht | □  |
| Sehr schlecht | □  |

|  |
| --- |
| **4. Bitte kreuzen Sie an, wie Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen einschätzen.** |
| Sehr gut | □  |
| Eher gut | □  |
| Mittelmäßig | □  |
| Eher schlecht | □  |
| Sehr schlecht | □  |

|  |
| --- |
| **5. Bitte kreuzen Sie in der folgenden Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.Geben Sie auch an ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert hat.**  |
|  | Eigene Diagnose | Diagnose vom Arzt | Krankheit nicht vorhanden |
| Unfallverletzungen(z.B. des Rückens, der Glieder, Verbrennungen) | □ | □ | □ |
| Herz-/Kreislauferkrankungen(z.B. Bluthochdruck, Brustschmerzen, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen | □ | □ | □ |
| Atemwegserkrankungen(z.B. Kurzatmigkeit, häufige Bronchitis, Asthma, Tuberkulose) | □ | □ | □ |
| Erkrankung des Muskel-Skelett-Systems(z.B. wiederholte Schmerzen in Gelenk oder Muskeln, Ischias, Rheuma) | □ | □ | □ |
| Leistenbrüche | □ | □ | □ |
| Psychische Beeinträchtigung(z.B. Depression, Angstzustände, chronische Schlaflosigkeit) | □ | □ | □ |
| Neurologische und sensorische Erkrankungen(z.B. Tinnitus, Hörschäden, Augenerkrankungen, Epilepsie, Migräne) | □ | □ | □ |
| Nachtblindheit | □ | □ | □ |
| Farbsehstörung / -schwäche | □ | □ | □ |
| Erkrankung des Verdauungssystems(z.B. Gallenblase, Bauchspeicheldrüse, Darm, Leber) | □ | □ | □ |
| Erkrankungen im Urogenitaltrakt(z.B. Harnwegsinfektionen, gynäkologische Erkrankungen) | □ | □ | □ |
| Hormon- / Stoffwechselerkrankungen(z.B. Diabetes, Fettleibigkeit, Schilddrüsenprobleme) | □ | □ | □ |
| Nierenerkrankungen(z.B. Nierensteine, Fehlen einer Niere) | □ | □ | □ |
| Hautkrankheiten(z.B. allergischer Hautausschlag, Ekzem) | □ | □ | □ |
| Tumore / Krebs | □ | □ | □ |
| Zahnprobleme, Prothesen | □ | □ | □ |
| Schwindel, Bewusstlosigkeit | □ | □ | □ |
|  |

|  |
| --- |
| **6. Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?Falls nötig, kreuzen Sie bitte mehr als eine Antwort-Möglichkeit an.**  |
| Keine Beeinträchtigung/ Ich habe keine Erkrankung. | □  |
| Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden. | □  |
| Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern. | □  |
| Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.  | □ |
| Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage Teilzeitarbeit zu verrichten. | □  |
| Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig. | □  |

|  |
| --- |
| **7. Bitte kreuzen Sie an, wie viele ganze Tage Sie auf Grund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr(12 Monate) der Arbeit fernblieben?**  |
| Überhaupt keinen | □  |
| < 9 Tage | □  |
| 10 – 24 Tage | □  |
| 25 – 99 Tage | □  |
| 100 – 365 Tage | □  |

|  |
| --- |
| **8. Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 2 Jahren ausüben können?**  |
| Unwahrscheinlich | □  |
| Nicht sicher | □  |
| Ziemlich sicher | □  |

|  |
| --- |
| **9. Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?**  |
| Ständig | □  |
| Eher häufig | □  |
| Manchmal | □  |
| Eher selten | □  |
| Niemals | □  |

|  |
| --- |
| **10. Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?** |
| Häufig | □  |
| Eher häufig | □  |
| Manchmal | □  |
| Eher selten | □  |
| Niemals | □  |

|  |
| --- |
| **11. Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?** |
| Immer | □  |
| Eher häufig | □  |
| Manchmal | □  |
| Eher selten | □  |
| Niemals | □  |

|  |
| --- |
| **12. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob das Merkmal auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft oder eher nicht zutrifft. Bitte machen Sie ein Kreuz pro Frage.** |
| **Arbeitstätigkeit** | **Eher Ja** | **Eher Nein** |
| Wird die auszuführende Arbeit von Ihnen selbst vorbereitet, organisiert und geprüft? | □ | □ |
| Ist Ihre Tätigkeit eher abwechslungsreich? | □ | □ |
| Haben Sie die Möglichkeit, eine wechselnde Körperhaltung einzunehmen /oder ausreichende Bewegung am Arbeitsplatz? | □ | □ |
| Erhalten Sie ausreichende Informationen zum eigenen Arbeitsbereich? | □ | □ |
| Entspricht Ihre Qualifikation den Anforderungen, die durch die Tätigkeit gestellt werden? | □ | □ |
| Ist die Aufgabe /Tätigkeit frei von erhöhter Verletzungs- und Erkrankungsgefahr? | □ | □ |
| Ist die Aufgabe/ Tätigkeit frei von ungünstigen Arbeitsumgebungsbedingungen (Lärm, Klima, Gerüche)? | □ | □ |
| Ist die Aufgabe / Tätigkeit frei von erhöhten emotionalen Anforderungen (z.B. im Publikumsverkehr)? | □ | □ |
| Haben Sie Einfluss auf die Zeiteinteilung Ihrer Arbeit? (z.B. Lage der Pausen, Arbeitstempo, Termine) | □ | □ |
| Haben Sie Einfluss auf die Vorgehensweise bei der Arbeit?(z.B. Wahl der Arbeitsmittel /-methoden) | □ | □ |
| Erhalten Sie ausreichend Information zur Entwicklung der Dienststelle / des Betriebes? | □ | □ |

|  |
| --- |
| **13. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob das Merkmal auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft oder eher nicht zutrifft. Bitte machen Sie ein Kreuz pro Frage.** |
| **Arbeitsorganisation** | **Eher Ja** | **Eher Nein** |
| Ist ein kontinuierliches Arbeiten ohne häufige Störungen möglich? | □ | □ |
| Können Sie überwiegend ohne Zeit- bzw. Termindruck arbeiten? | □ | □ |
| Erhalten Sie ausreichende Rückmeldung (Anerkennung, Kritik, Beurteilung) über die eigene Leistung? | □ | □ |
| Gibt es für Sie klare Entscheidungsstrukturen? | □ | □ |
| Sind angeordnete Überstunden die Ausnahme? | □ | □ |
| Wird Ihnen im Falle von Überstunden zeitnah Freizeitausgleich gewährt? | □ | □ |

|  |
| --- |
| **14. Bitte geben Sie für jede Frage an, ob das Merkmal auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft oder eher nicht zutrifft. Bitte machen Sie ein Kreuz pro Frage.** |
| **Soziales** | **Eher Ja** | **Eher Nein** |
| Bietet Ihre Tätigkeit die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kolleginnen / Kollegen? | □ | □ |
| Besteht ein positives soziales Klima? | □ | □ |

|  |
| --- |
| **15. Wenn Sie an Ihre Arbeit und Gesundheit denken – halten Sie eine Veränderung Ihrer Arbeitssituation für:**  |
| Sehr wichtig □ | Teilweise wichtig □ | Weniger wichtig □ |

|  |
| --- |
| **16. Können Sie abschalten/ entspannen?** |
| Ja □ | Dann und wann □ | Gar nicht □ |

|  |
| --- |
| **17. Haben Sie einen ausreichenden Schlaf?** |
| Regelmäßig □ | Gelegentlich □ | Gar nicht □ |

|  |
| --- |
| **18. Welche Themen würden Sie interessieren?** (max. 3 Nennungen): |
| Abnehmen □  | Ernährungsberatung □ | Sport & Bewegung □  |
| Rückengesundheit □  | Umgang mit Stress □  | Umgang mit Konflikten □  |
| Gesunder Schlaf □ | Mitarbeiterführung □  | Rauchfrei □  |
| Persönliche Probleme besprechen □  |
| Sonstiges?................................................................................................................................................. |