

Datum / Prüfer/-in	Messung :
--------------------	-----------

Steckbrief

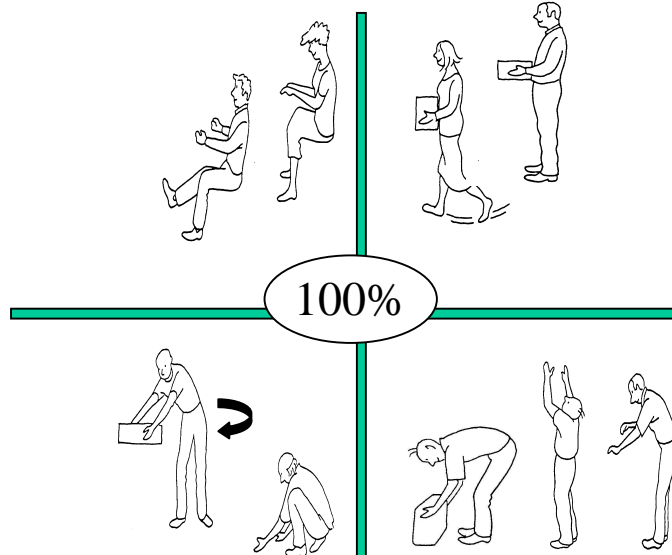
Arbeitsbereich / Tätigkeit

Was macht Ihnen bei Ihrer Arbeit Spaß?

--	--

2. Welche Körperhaltungen sind typisch bei Ihrer Arbeit.

Bitte gewichten Sie die Häufigkeit in %.



3. Mit welchen Gefährdungsarten haben Sie am häufigsten zu tun? Bitte wählen Sie drei Schwerpunkte.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ständiges Stehen - „Auf den Beinen sein“ - | <input type="checkbox"/> Mangelnde Hygiene |
| <input type="checkbox"/> Ständiges Sitzen | <input type="checkbox"/> Infektionsgefahr |
| <input type="checkbox"/> Ständig gleiche Bewegungen | <input type="checkbox"/> Kälte- und Wärmewechsel |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten mit hohen Gewichten | <input type="checkbox"/> Zugluft |
| <input type="checkbox"/> Arbeiten in weiter Vorbeugung | <input type="checkbox"/> Vibrationen durch Maschinen |
| <input type="checkbox"/> Ruckartige, schnelle Bewegungen | <input type="checkbox"/> Lärm |
| <input type="checkbox"/> Schlechte Arbeitshöhe | <input type="checkbox"/> Luftverschmutzung |
| <input type="checkbox"/> Organisatorische Belastungsformen | <input type="checkbox"/> Mangelhafte Beleuchtung |
| - Zeitdruck, | <input type="checkbox"/> Wenig Kontakt untereinander |
| - ständiger Aufgabenwechsel, | <input type="checkbox"/> Unangenehmes Betriebsklima |
| - monotone Arbeit | <input type="checkbox"/> Unzureichende Informationsangebote |

Sonstige mögliche Einflüsse: _____

Worin sehen Sie die höchste Belastung? _____

Wie lange sind Sie diesem Einfluss pro Schicht ausgesetzt? _____ Stunden

Danke schön!