

Anhang I Ermittlungen zum Vorkommen und zur Art gesundheitlicher Beschwerden – Ermittlungsbogen G1

Ermittlungen zum Vorkommen und zur Art gesundheitlicher Beschwerden Ermittlungsbogen G1	
<p>Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter!</p> <p>Einige Ihrer Kolleginnen/Kollegen klagen über gesundheitliche Beschwerden, die sie mit ihrem Arbeitsplatz in Verbindung bringen. Wir gehen dieser Frage nach und wollen mit diesem Ermittlungsbogen klären, ob und wo Gesundheitsstörungen in unserem Betrieb auftreten und ob möglicherweise ein Zusammenhang zu den baulichen Gegebenheiten, den Räumen oder Einrichtungen herzustellen ist.</p> <p>Wenn hier nach gesundheitlichen Störungen gefragt wird, so interessieren natürlich nur Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Arbeit auftreten oder aufgetreten sind, nicht jedoch durch einen Unfall erlittene Gesundheitsstörungen, ererbte Krankheiten oder durch sonstige Lebensumstände erworbene Erkrankungen. In Zweifelsfragen sollten Sie sich mit Ihrem Betriebsarzt besprechen.</p> <p>Die Teilnahme an dieser Aktion ist freiwillig, die Antworten werden ohne Namensnennung anonym erfasst. Wir bitten Sie, möglichst vollständige Angaben zu machen. Eine verwertbare Aussage ist nur zu erwarten, wenn sich möglichst viele der Mitarbeiter/-innen an der Befragung beteiligen.</p>	
<p>Betrieb (Name, Anschrift):</p> <p>Betriebsteil:</p> <p>Datum der Erhebung: Nummer des Ermittlungsbogens:</p>	
1	<p>Haben Sie gesundheitliche Beschwerden, die Sie mit Ihrem Arbeitsplatz in Verbindung bringen?</p> <p><input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>Wenn Sie diese Frage mit „Nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit Frage 5 fort.</p>
2	<p>Welche gesundheitlichen Beschwerden empfinden Sie am schlimmsten?</p>
3	<p>Angaben zur ärztlichen Behandlung</p> <p>3.1 Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal ärztlich untersucht? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>3.2 Befinden Sie sich zurzeit wegen dieser Beschwerden in Behandlung? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar</p> <p>3.3 Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal krankgeschrieben? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, und zwar (Häufigkeit/Dauer)</p>

4 Angaben zum zeitlichen Auftreten der Beschwerden

4.1 Seit wann treten die Beschwerden auf (Monat und Jahr angeben)?

4.2 Wann genau treten die Beschwerden auf (z. B. Jahreszeit, Wochentag oder Tageszeit)?

4.3 Werden die Beschwerden bei Abwesenheit vom Arbeitsplatz geringer?

- Nein Ja, und zwar
- nach Beendigung der Arbeit
 - am Wochenende
 - im Urlaub

4.4 Was glauben Sie ist die Ursache für Ihre gesundheitlichen Beschwerden?

5 Angaben zum Arbeitsplatz

5.1 Wie sieht Ihr Arbeitsplatz aus?

- Einzelbüro
- Büro mit Arbeitsplätzen
- Sonstiges, und zwar mit Arbeitsplätzen

5.2 Fühlen Sie sich bei der Arbeit gestört?
(z. B. durch Lärm, Gerüche, Klima, Beleuchtung)?

- Nein Ja, und zwar

5.3 Hat es in der letzten Zeit Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz gegeben?

- Nein Ja, und zwar
- Renovierung
 - Änderungen in der Organisationsstruktur des Betriebes
 - Änderungen in der Organisationsstruktur der Abteilung
 - personelle Änderungen
 - Änderungen der Zuständigkeiten
 - sonstige Änderungen, und zwar

6 Persönliche Angaben

6.1 Geben Sie bitte Ihr Geschlecht an.

Männlich Weiblich

6.2 Wie alt sind Sie?

- unter 20 Jahre
- 20 bis 29 Jahre
- 30 bis 39 Jahre
- 40 bis 49 Jahre
- 50 bis 59 Jahre
- 60 Jahre und älter

6.3 Haben Sie Allergien?

Nein Ja, und zwar

6.4 Rauchen Sie?

Nein Ja