

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

## Steckbrief

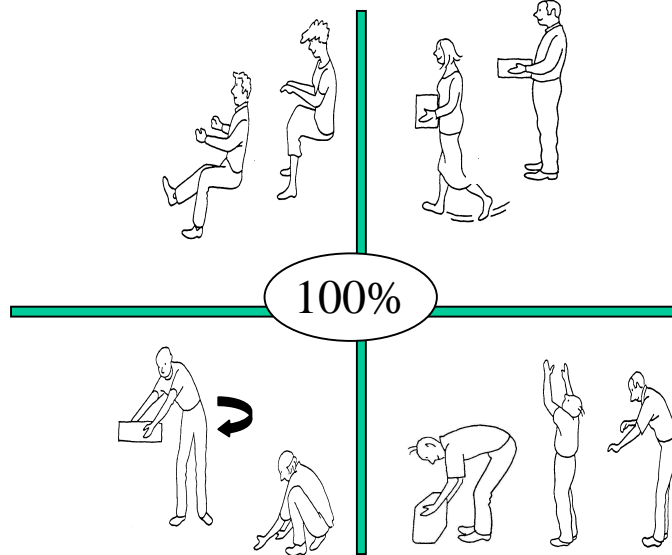
Arbeitsbereich / Tätigkeit

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!**