



Kombi AG Österreich

Kombinationsfragebogen Arbeit und Gesundheit

Erhebung gesundheitsbezogener Aspekte im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung einschließlich Ermittlung psychischer Belastungen für die Arbeitsplatzevaluierung [gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) und Bundes-Bedienstetenschutzgesetz (B-BSG)]

MitarbeiterInnenbefragung

Durchgeführt für das Unternehmen **XYZ**

LOGO Unternehmen



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen wird zunehmend zu einem wichtigen Unternehmensziel. Auch Ihr Unternehmen hat sich diesem Ziel verschrieben und führt daher eine **Befragung zur Arbeitssituation und gesundheitlichen Befindlichkeit** der MitarbeiterInnen durch.

Teil 1 der Befragung beinhaltet den SOFEBA (Sozialversicherungsfragebogen zur Erhebung von Bedingungen bei der Arbeit) – ein Instrument zur Erfassung arbeitsbezogener Belastungen (IfGP, 2021). Dabei handelt es sich nicht um eine Beurteilung Ihrer Person, sondern um eine **Bewertung Ihrer Arbeitstätigkeit bzw. Ihres Arbeitsplatzes** durch Einbezug der Bereiche Aufgabenanforderungen und Tätigkeiten, Sozial- und Organisationsklima, Arbeitsumgebung sowie Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation.

Teil 2 der Befragung erhebt Ihre **Zufriedenheit** mit der Arbeitssituation, Ihre **Gesundheit** und Ihr Gesundheitsverhalten, Bedingungen der **Arbeitstätigkeit** und der **Organisation** sowie **persönliche Ressourcen**, die zur Aufrechterhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit beitragen können. Abschließend werden einige Fragen zu Ihrer Person gestellt.

Der gesamte Fragebogen dient der IST-Analyse für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Darüber hinaus kann Teil 1 zur Ermittlung psychischer Belastungen für die Arbeitsplatzevaluierung gemäß ASchG und B-BSG verwendet werden.

Alle Angaben sind natürlich **freiwillig!** Bitte lassen Sie jedoch keine Frage aus!

Ihre Meinung

Um ein möglichst vollständiges Bild von den Arbeitsbedingungen in Ihrem Unternehmen zu bekommen und um Verbesserungen auch auf Ihre Bedürfnisse abstimmen zu können, ist es wichtig, dass **Sie** diesen Fragebogen ausfüllen. Wir bitten Sie, sich für die Beantwortung des Fragebogens einige Minuten Zeit zu nehmen, denn: **Ihre Meinung zählt!**

Eine Bitte

Bitte beantworten Sie die Fragen der Reihe nach **ganz offen** und sprechen Sie sich nicht mit Ihren KollegInnen ab. Nachdem nur Ihre persönliche Sichtweise erfasst werden soll, gibt es keine falschen Antworten.

Ihre Anonymität

Die Auswertung erfolgt **anonym und ausschließlich** durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. Dabei werden detailliertere Auswertungen erst ab einer Gruppengröße von 6 Personen durchgeführt, ansonsten werden die Ergebnisse des gesamten Unternehmens herangezogen. Sie können sich daher Ihrer Anonymität völlig sicher sein.

Rückgabe des Fragebogens

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen bis **xx.xx.xxxx** in die dafür aufgestellte Box ein.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

TEIL 1

Daten, die in „Teil 1“ erhoben werden, können zusätzlich zum Einsatz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch zur Ermittlung psychischer Belastungen für die Arbeitsplatzevaluierung gemäß ASchG und B-BSG verwendet werden.

In welchem (Tätigkeits-)Bereich sind Sie derzeit beschäftigt?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 1 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 2 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 3 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 4 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 5 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 6 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 7 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 8 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 9 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 10 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 11 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 12 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 13 | <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 14 |
| <input type="checkbox"/> Tätigkeitsbereich 15 | <input type="checkbox"/> ... |

Unter folgendem Abschnitt der Befragung geht es um Ihre **Arbeitssituation sowie** Bedingungen der **Arbeitstätigkeit** und der **Organisation**.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage bzw. Aussage die Antwort an, die **auf Sie persönlich am ehesten zutrifft**: ☒

Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten 4 Arbeitswochen .							
1	Bei meiner Arbeit kam es zu Fehlhaltungen (z. B. durch langes Sitzen, Heben schwerer Lasten).	<input type="checkbox"/>					
2	Meine Arbeit stellte hohe Anforderungen an meine Sinnesorgane (z. B. Augen, Ohren).	<input type="checkbox"/>					
3	Ich musste sehr konzentriert arbeiten.	<input type="checkbox"/>					
4	Bei meiner Arbeit musste ich sehr genau arbeiten.	<input type="checkbox"/>					
5	Bei meiner Arbeit hatte ich mit unangenehmen Situationen zu tun (z. B. Konflikte, Krankheit, Unfälle).	<input type="checkbox"/>					
6	Bei meiner Arbeit hatte ich mit schwierigen Personen zu tun (z. B. unfreundlich, aggressiv).	<input type="checkbox"/>					
7	Ich hatte bei meiner Arbeit hohe Verantwortung (z. B. für Personen, Sachwerte).	<input type="checkbox"/>					
8	Meine Arbeitsaufgaben überforderten mich.	<input type="checkbox"/>					

Sozial- und Organisationsklima		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten 4 Arbeitswochen .							
9	Ich musste mich bei der Arbeit mit vielen Personen abstimmen.	<input type="checkbox"/>					
10	Bei meiner Arbeit wurden alle gleich behandelt, unabhängig von Geschlecht, Alter, Nationalität, etc.	<input type="checkbox"/>					
11	Ich konnte mich bei meiner Arbeit auf meine KollegInnen verlassen.	<input type="checkbox"/>					
12	Ich konnte mich bei meiner Arbeit auf meine direkte Führungskraft verlassen.	<input type="checkbox"/>					
13	Alle notwendigen Informationen für meine Arbeit waren rechtzeitig verfügbar.	<input type="checkbox"/>					
14	Ich war in die Planung meiner Arbeit eingebunden.	<input type="checkbox"/>					
15	Ich konnte meine Arbeit nach meinen eigenen Vorstellungen gestalten.	<input type="checkbox"/>					
16	Die Arbeit in meinem Arbeitsbereich wurde gerecht aufgeteilt.	<input type="checkbox"/>					

Arbeitsumgebung							
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten 4 Arbeitswochen .		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
17	An meinem Arbeitsplatz war die Temperatur angenehm.	<input type="checkbox"/>					
18	Bei meiner Arbeit war das Raumklima (zugfreie, sauerstoffreiche Luft, angenehme Wärme und Luftfeuchtigkeit) gut.	<input type="checkbox"/>					
19	Ich konnte lärmfrei arbeiten.	<input type="checkbox"/>					
20	An meinem Arbeitsplatz waren die Lichtverhältnisse angemessen.	<input type="checkbox"/>					
21	Ich hatte genug Platz um meine Arbeit zu machen.	<input type="checkbox"/>					
22	Mein Arbeitsplatz war gut ausgestattet.	<input type="checkbox"/>					
23	Mein Arbeitsplatz war frei von gefährlichen Stoffen (z. B. Dämpfe, Gase, Stäube, Flüssigkeiten, Chemikalien, Krankheitserreger, Strahlen).	<input type="checkbox"/>					
24	Mein Arbeitsbereich war frei von Verletzungsrisiken (z. B. schneiden, stoßen, quetschen, verbrennen).	<input type="checkbox"/>					

Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation							
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten 4 Arbeitswochen .		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
25	Die Arbeitsabläufe waren gut aufeinander abgestimmt.	<input type="checkbox"/>					
26	Für meine Arbeit hatte ich klare Vorgaben.	<input type="checkbox"/>					
27	Ich konnte meine Arbeit ohne Unterbrechungen (z. B. Anrufe, Zwischenaufträge, Geräteausfall) erledigen.	<input type="checkbox"/>					
28	Ich konnte meine Arbeit wie geplant erledigen.	<input type="checkbox"/>					
29	Bei meiner Arbeit konnte ich genügend Pausen machen.	<input type="checkbox"/>					
30	Ich konnte meine Arbeit erledigen, ohne Überstunden zu machen.	<input type="checkbox"/>					
31	Ich hatte ausreichend Zeit, um meine Arbeit zu erledigen.	<input type="checkbox"/>					
32	Ich konnte meine Arbeit in der geforderten Qualität verrichten.	<input type="checkbox"/>					

TEIL 2

Unter folgendem Abschnitt der Befragung geht es um Ihre Zufriedenheit mit der **Arbeitssituation**, Ihre **Gesundheit** bzw. Ihr **Gesundheitsverhalten**, Bedingungen der **Arbeitstätigkeit** und der **Organisation** sowie **persönliche Ressourcen**.

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage bzw. Aussage die Antwort an, die **auf Sie persönlich am ehesten zutrifft**: ☒

Bewertung meiner Arbeit							
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
1	Meine Arbeit stellt vielfältige Anforderungen an mich.	<input type="checkbox"/>					
2	Ich lerne bei meiner Arbeit Neues dazu.	<input type="checkbox"/>					
3	Meine Arbeit ist interessant.	<input type="checkbox"/>					
4	Meine Arbeit gefällt mir.	<input type="checkbox"/>					
5	Meine Arbeit ist eintönig.	<input type="checkbox"/>					
6	Ich empfinde meine Arbeit als positive Herausforderung.	<input type="checkbox"/>					
7	Ich kann selbst entscheiden, in welcher Reihenfolge ich meine Aufgaben erledige.	<input type="checkbox"/>					
8	Ich kann selbst entscheiden, auf welche Art und Weise ich meine Arbeitsaufträge erledige.	<input type="checkbox"/>					
9	Ich kann meine Aufgaben nach meinen eigenen Vorstellungen gestalten.	<input type="checkbox"/>					
10	Ich bin in wichtige Entscheidungsprozesse eingebunden.	<input type="checkbox"/>					
11	Ich bin in Entscheidungen, die meine Arbeit betreffen, eingebunden.	<input type="checkbox"/>					
12	Ich bin in Entscheidungen, die die Arbeitsplatzgestaltung betreffen, eingebunden.	<input type="checkbox"/>					
13	Ich bin in Entscheidungen, die die Arbeitsplanung und die Arbeitsorganisation betreffen, eingebunden.	<input type="checkbox"/>					

Führungskraft (direkte/r Vorgesetzte/r)							
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
14	Meine Führungskraft gibt klare Anweisungen.	<input type="checkbox"/>					
15	Ich kann meiner Führungskraft vertrauen.	<input type="checkbox"/>					
16	Meine Führungskraft nimmt ihre/seine Führungsaufgaben angemessen wahr.	<input type="checkbox"/>					
17	Meine Führungskraft unterstützt mich.	<input type="checkbox"/>					
18	Meine Führungskraft gibt mir konstruktive Rückmeldungen.	<input type="checkbox"/>					
19	Von meiner Führungskraft erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene.	<input type="checkbox"/>					

KollegInnen			nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.								
20	Auf meine KollegInnen kann ich mich verlassen.		<input type="checkbox"/>					
21	Ich kann meinen KollegInnen vertrauen.		<input type="checkbox"/>					
22	Fehlzeiten von KollegInnen können in unserem Team angemessen ausgeglichen werden.		<input type="checkbox"/>					
23	Meine KollegInnen unterstützen mich.		<input type="checkbox"/>					
24	Von meinen KollegInnen erhalte ich die Anerkennung, die ich verdiene.		<input type="checkbox"/>					

Unternehmen			nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.								
25	In diesem Unternehmen wird Rücksicht auf die (persönlichen) Lebensumstände der MitarbeiterInnen genommen (z.B. Vereinbarkeit der Arbeit mit Familie und Freizeit).		<input type="checkbox"/>					
26	Auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der MitarbeiterInnen wird in diesem Unternehmen viel Wert gelegt.		<input type="checkbox"/>					
27	Das Unternehmen bemüht sich um seine MitarbeiterInnen.		<input type="checkbox"/>					
28	Bezogen auf meine Ausbildung halte ich meine berufliche Stellung für angemessen.		<input type="checkbox"/>					
29	In diesem Unternehmen wird Wertschätzung gelebt.		<input type="checkbox"/>					
30	Ich bin stolz, meinem Unternehmen anzugehören.		<input type="checkbox"/>					
31	Ich erzähle anderen gerne über meine Arbeit.		<input type="checkbox"/>					
32	Ich erlebe Probleme meiner Arbeitsstelle als meine eigenen.		<input type="checkbox"/>					
33	Meine Arbeit hat große Bedeutung für mich.		<input type="checkbox"/>					
34	Mein Unternehmen genießt einen guten Ruf in der Öffentlichkeit.		<input type="checkbox"/>					

Freizeit, Erholung			nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.								
35	Probleme bei der Arbeit beschäftigen mich auch in meiner Freizeit.		<input type="checkbox"/>					
36	Wegen der Arbeit kommt meine Freizeit / mein Privatleben zu kurz.		<input type="checkbox"/>					
37	Nach der Arbeit kann ich leicht abschalten.		<input type="checkbox"/>					
38	Nach der Arbeit fühle ich mich so müde, dass ich mich zu fast nichts mehr aufraffen kann.		<input type="checkbox"/>					

Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Bereichen Ihrer Arbeit sind. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.		sehr zufrieden	zufrieden	weder / noch	unzufrieden	sehr unzufrieden
39	Organisation und Führung	<input type="checkbox"/>				
40	Information und Kommunikation	<input type="checkbox"/>				
41	Aufstiegs- und Karriere­möglichkeiten in diesem Unternehmen	<input type="checkbox"/>				
42	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
43	Führungskraft (direkte/r Vorgesetzte/r)	<input type="checkbox"/>				
44	KollegInnen	<input type="checkbox"/>				
45	Betriebsklima	<input type="checkbox"/>				
46	Art und Inhalt meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>				
47	Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/>				
48	Arbeitsplatzsicherheit (Sicherheit, dass mich das Unternehmen auch weiterhin beschäftigt)	<input type="checkbox"/>				
49	Einkommen	<input type="checkbox"/>				
50	Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit...	<input type="checkbox"/>				

Wie wichtig sind Ihnen die folgenden Bereiche für die Zufriedenheit mit Ihrer Arbeit?		sehr wichtig	wichtig	weder / noch	unwichtig	sehr unwichtig
51	Organisation und Führung	<input type="checkbox"/>				
52	Information und Kommunikation	<input type="checkbox"/>				
53	Aufstiegs- und Karriere­möglichkeiten in diesem Unternehmen	<input type="checkbox"/>				
54	Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>				
55	Führungskraft (direkte/r Vorgesetzte/r)	<input type="checkbox"/>				
56	KollegInnen	<input type="checkbox"/>				
57	Betriebsklima	<input type="checkbox"/>				
58	Art und Inhalt meiner Arbeit	<input type="checkbox"/>				
59	Arbeitszeitregelung	<input type="checkbox"/>				
60	Arbeitsplatzsicherheit (Sicherheit, dass mich das Unternehmen auch weiterhin beschäftigt)	<input type="checkbox"/>				
61	Einkommen	<input type="checkbox"/>				

Bitte beurteilen Sie folgende Aussagen bezüglich der <u>Freude und Zuversicht</u>, mit denen Sie Ihrer Arbeit begegnen.		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
62	Nach getaner Arbeit habe ich das Gefühl etwas geleistet zu haben.	<input type="checkbox"/>					
63	Ich bewältige interessante Aufgaben im Unternehmen.	<input type="checkbox"/>					
64	Meine Arbeit ist sinnvoll.	<input type="checkbox"/>					
65	Meine Arbeit ist wichtig.	<input type="checkbox"/>					
66	Ich bin zuversichtlich den Anforderungen im Beruf gewachsen zu sein.	<input type="checkbox"/>					
67	Ich kann schwierige Aufgaben in der Arbeit bewältigen.	<input type="checkbox"/>					
68	Ich begegne Problemen in der Arbeit mit Lösungen.	<input type="checkbox"/>					

Gesunde Ernährung ist abwechslungsreich (häufig Obst, Gemüse, Getreide- und Milchprodukte, usw.) und fettarm (wenig fette Wurst und fettes Fleisch, sehr wenig Kartoffelchips und Schokolade etc.).		nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
69	Ernähren Sie sich die meiste Zeit möglichst gesund, das heißt abwechslungsreich und fettarm?	<input type="checkbox"/>					

Ernährung		ja	teilweise	nein
70	Ich möchte mich gesünder ernähren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71	An meinem Arbeitsplatz habe ich die Möglichkeit, mich gesund zu ernähren (z.B. geregeltes Mittag-/Abendessen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72	Ich hätte gerne mehr Informationen zum Thema „gesunde Ernährung“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

An wie vielen Tagen pro Woche machen Sie – für mindestens 30 Minuten – körperliche Aktivitäten, bei denen Sie <u>zumindest ein bisschen außer Atem</u> kommen (z.B. zügiges Gehen, Wandern, Hausarbeit, Gartenarbeiten, Radfahren)? Kreuzen Sie bitte diejenige Antwort an, die am ehesten für Sie zutrifft.	
73	<input type="checkbox"/> 0 Tage <input type="checkbox"/> 1 Tag <input type="checkbox"/> 2 Tage <input type="checkbox"/> 3 Tage <input type="checkbox"/> 4 Tage <input type="checkbox"/> 5 Tage <input type="checkbox"/> 6 Tage <input type="checkbox"/> 7 Tage

Bewegung		ja	nein
74	Ich möchte mich im Alltag mehr bewegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rauchen	nein, ich rauche nicht	ja, bis zu 10 Zigaretten am Tag	ja, 11 Zigaretten bis zu einem Päckchen pro Tag	ja, mehr als ein Päckchen pro Tag
75	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rauchen	ja	nein
76	Wenn ja: Möchten Sie das Rauchen aufgeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Alkohol	nie	selten	mehrmals pro Monat	mehrmals pro Woche	täglich
77	Wie häufig trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/>				

Wenn Sie den besten denkbaren Gesundheitszustand mit 10 Punkten und den schlechtesten denkbaren mit 0 Punkten bewerten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihren allgemeinen Gesundheitszustand? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
78	<input type="checkbox"/>										

Arbeitsfähigkeit ist die (psychische und körperliche) Fähigkeit einer arbeitenden Person, die ihr gestellten Arbeitsaufgaben erfolgreich bewältigen zu können. Wenn Sie die beste denkbare Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten und die schlechteste denkbare mit 0 Punkten bewerten: Wie viele Punkte vergeben Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit? (Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl an.)											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
AF1	<input type="checkbox"/>										

	Arbeitsfähigkeit	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
79	Ausgehend von den körperlichen Anforderungen Ihrer Arbeit: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein?	<input type="checkbox"/>				
80	Ausgehend von den psychischen Anforderungen Ihrer Arbeit: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit ein?	<input type="checkbox"/>				

	Ausgehend von Ihrem derzeitigen Gesundheitszustand:	ziemlich sicher	nicht sicher	unwahrscheinlich
81	Können Sie sich vorstellen, Ihre derzeitige Arbeit auch noch in den nächsten fünf Jahren auszuüben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wenn mein aktuelles Arbeitsumfeld* in den nächsten zwei Jahren unverändert bleibt,...	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	kann ich nicht beurteilen
AF2	... könnte sich meine Gesundheit verschlechtern.	<input type="checkbox"/>				
AF3	... könnte ich weniger leistungsfähig sein.	<input type="checkbox"/>				
AF4	... könnte ich weniger motiviert sein.	<input type="checkbox"/>				
AF5	... könnte ich weniger Freude an der Arbeit haben.	<input type="checkbox"/>				
AF6	... könnte sich meine Verbundenheit mit dem Unternehmen verringern.	<input type="checkbox"/>				
AF7	... könnte sich die Beziehung zu meinen KollegInnen verschlechtern.	<input type="checkbox"/>				
AF8	... könnte sich die Beziehung zu meiner Führungskraft verschlechtern.	<input type="checkbox"/>				
AF9	... könnte ich eine Krankheit bekommen.	<input type="checkbox"/>				

* Das Arbeitsumfeld umfasst die Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten, das Sozial- und Organisationsklima, die Arbeitsumgebung sowie die Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation.

	Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie...	ja	nein
82	...krank zur Arbeit gegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83	...zur Genesung einer Krankheit Urlaub oder Zeitausgleich genommen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84	...zur Genesung einer Krankheit bis zum Wochenende gewartet haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85	...gegen den Rat der Ärztin/ des Arztes zur Arbeit gegangen sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Wie häufig treten bei Ihnen folgende Beschwerden auf?	nie	selten	mehr- mals pro Monat	mehr- mals pro Woche	täglich	Führen Sie die Beschwerden auf Ihre Arbeit/Tätigkeit zurück?	
							ja	nein
86 87	Migräne, starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88 89	Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90 91	Rücken- oder Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92 93	Schmerzen in Armen und Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94 95	Schmerzen in Beinen und Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96 97	Schwindelgefühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98 99	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100 101	Hauterkrankungen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
102 103	Augenprobleme (z.B. Brennen, Rötung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104 105	Gefühl von Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106 107	Hörverschlechterung / Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108 109	Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110 111	Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112 113	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114 115	Allergische Symptome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116 117	Andere Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie um Angaben zu Ihrer Person:

Geschlecht	
118	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers

Wie alt sind Sie?	
119	<input type="checkbox"/> bis 24 Jahre <input type="checkbox"/> 25 bis 34 Jahre <input type="checkbox"/> 35 bis 44 Jahre <input type="checkbox"/> 45 bis 54 Jahre <input type="checkbox"/> 55 Jahre und älter

Wie lange arbeiten Sie bereits im Unternehmen?	
120	<input type="checkbox"/> kürzer als 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1 bis 4 Jahre <input type="checkbox"/> über 4 bis 10 Jahre <input type="checkbox"/> länger als 10 Jahre

In welchem Ausmaß sind Sie beschäftigt?	
121	<input type="checkbox"/> Vollzeit (ab 36 Stunden pro Woche) <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt

A In welcher Abteilung sind Sie derzeit beschäftigt?	
	<input type="checkbox"/> Abteilung 1 <input type="checkbox"/> Abteilung 2 <input type="checkbox"/> Abteilung 3 <input type="checkbox"/> Abteilung 4 <input type="checkbox"/> Abteilung 5 <input type="checkbox"/> Abteilung 6 <input type="checkbox"/> Abteilung 7 <input type="checkbox"/> Abteilung 8 <input type="checkbox"/> Abteilung 9 <input type="checkbox"/> Abteilung 10 <input type="checkbox"/> Abteilung 11 <input type="checkbox"/> Abteilung 12 <input type="checkbox"/> Abteilung 13 <input type="checkbox"/> Abteilung 14 <input type="checkbox"/> Abteilung 15

In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?	
122	<input type="checkbox"/> in Ausbildung, Lehrling <input type="checkbox"/> Angestellte/r ohne Führungsverantwortung <input type="checkbox"/> angelernte/r bzw. ungelernte/r Arbeiter/in <input type="checkbox"/> leitende/r Angestellte/r, Führungskraft <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in, Geselle/Gesellin, Meister/in <input type="checkbox"/> Unternehmer/in, Inhaber/in

Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?	
123	<input type="checkbox"/> kein Pflichtschulabschluss <input type="checkbox"/> Pflichtschule <input type="checkbox"/> Lehrabschluss <input type="checkbox"/> Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura: z.B. Handelsschule, Fachschule) <input type="checkbox"/> Allgemein- bzw. Berufsbildende höhere Schule (mit Matura: z.B. AHS, HTL, HAK, HBLA, Kolleg) <input type="checkbox"/> Meister-, Werkmeisterprüfung <input type="checkbox"/> Universität, Fachhochschule, hochschulverwandte Lehranstalt (z.B. Sozialakademie, Pädagogische Akademie)

TeilnehmerIn-Codierung

Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens der Mutter		Die ersten zwei Buchstaben des Mädchennamens der Mutter		Der Tag (2-stellig) des Geburtsdatums der Mutter	

Beispiel:

Vorname Mutter: *Maria*

Mädchenname: *Musterfrau*

Geburtstag: *03. September 1959*

M	A	M	U	0	3
Die ersten zwei Buchstaben des Vornamens der Mutter		Die ersten zwei Buchstaben des Mädchennamens der Mutter		Der Tag (2-stellig) des Geburtsdatums der Mutter	

Die TeilnehmerIn-Codierung ermöglicht den Vergleich zwischen Erst- und Zweitbefragung. Es kann so ermittelt werden, wie sich einzelne Maßnahmen auf Ihre Gesundheit und Zufriedenheit ausgewirkt haben. Dies ermöglicht Ihrem Unternehmen, gezieltere Aktivitäten zu gestalten und Gesundheitsprojekte effektiver zu machen.

Wir bitten Sie deshalb, die Codierung wie beschrieben auszufüllen. Auch hier möchten wir darauf hinweisen, dass wir Ihre Anonymität **garantieren**.

Hier haben Sie abschließend die Möglichkeit, Anmerkungen zum Projekt oder Ihre Arbeit betreffend zu machen:

VIELEN DANK FÜR IHRE WERTVOLLE MITARBEIT!