|  |  |
| --- | --- |
|  | **Bitte ausfüllen** |
| **Datum:** |  |
| **Abteilung:** |  |
| **Tätigkeit:** |  |

**1. Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeit/Tätigkeit/Aufgabengebiet**

|  |
| --- |
| Ist Ihre Arbeit in der letzten Zeit anstrengender geworden? |
| Ja, und zwar… |
| … mengenmäßig mehr |
| … komplizierter, mit höheren Anforderungen |
| Nein |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie oft ist es in den letzten vier Arbeitswochen vorgekommen, dass Sie… | Nie | Selten | Oft | Immer |
| …mit richtiger Freude gearbeitet haben? |  |  |  |  |
| …durch Ihre Arbeit Anerkennung bekommen haben? |  |  |  |  |
| …stolz auf Ihre Arbeit waren? |  |  |  |  |
| …sich mit Ihrem Unternehmen besonders verbunden gefühlt haben? |  |  |  |  |

**2. Körperliche Beanspruchung und Arbeitsumgebung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihren Arbeitsplatz in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Körperliche Anstrengungen (z.B. Tragen/Heben von schweren Gegenständen) |  |  |  |  |  |  |
| Gleichbleibende Körperhaltung/Zwangshaltungen |  |  |  |  |  |  |
| Verfügbare oder funktionsfähige Arbeitsmittel (z.B. Werkzeuge, Geräte, Computer) |  |  |  |  |  |  |
| Raum-/Platzverhältnisse am Arbeitsplatz |  |  |  |  |  |  |
| Gefahren am Arbeitsplatz |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie häufig treten an Ihrem Arbeitsplatz folgende Anforderungen auf: | nie | kaum | manchmal | häufig | ständig |
| Stehen |  |  |  |  |  |
| lange Laufwege |  |  |  |  |  |
| Arbeiten in gebückter Haltung |  |  |  |  |  |
| Arbeiten auf Knien oder in der Hocke |  |  |  |  |  |
| Arbeit über Kopf |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie die Umwelteinflüsse an Ihrem Arbeitsplatz in Bezug auf: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Lärm |  |  |  |  |  |  |
| Temperatur |  |  |  |  |  |  |
| Vibrationen |  |  |  |  |  |  |
| Beleuchtung |  |  |  |  |  |  |
| Staub, Gas und Rauch |  |  |  |  |  |  |

**3. Arbeitsaufgaben und Arbeitsanforderungen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Zeitdruck |  |  |  |  |  |  |
| Taktgebundenheit |  |  |  |  |  |  |
| häufige Wiederholung gleicher Tätigkeiten |  |  |  |  |  |  |
| Konzentrationsanforderungen |  |  |  |  |  |  |
| Vielfalt an Aufgaben/Tätigkeiten |  |  |  |  |  |  |
| Selbstständige Einteilung der Arbeit |  |  |  |  |  |  |
| Verantwortung (z.B. für Material, Personal) |  |  |  |  |  |  |
| Zusammenarbeit mit Arbeitskollegen |  |  |  |  |  |  |

**4. Arbeitszeit und Freizeit**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| 3-Schichtarbeit |  |  |  |  |  |  |
| Wechselschicht |  |  |  |  |  |  |
| Vereinbarkeit von Arbeit und Familie/Freizeit |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Qualifizierungsmöglichkeiten |  |  |  |  |  |  |
| Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung und Weiterbildung |  |  |  |  |  |  |
| Sicherheit, den Arbeitsplatz behalten zu können |  |  |  |  |  |  |
| Bezahlung/Entlohnung |  |  |  |  |  |  |
| Sozialleistungen (z.B. Altersvorsorge) |  |  |  |  |  |  |

**6. Informationspolitik und Mitarbeiterbeteiligung**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Information über wichtige Dinge und Vorgänge im Unternehmen |  |  |  |  |  |  |
| Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern |  |  |  |  |  |  |
| Mitsprachemöglichkeiten bei betrieblichen Entscheidungen |  |  |  |  |  |  |
| Einflussmöglichkeit bei Problemen am Arbeitsplatz |  |  |  |  |  |  |

**7. Zufriedenheit mit Führungsstil der direkten Vorgesetzten**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie den Führungsstil des/der direkten Vorgesetzten in Bezug auf: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Rückmeldung über die geleistete Arbeit |  |  |  |  |  |  |
| Anerkennung der persönlichen Leistung |  |  |  |  |  |  |
| Unterstützung bei Problemen am Arbeitsplatz |  |  |  |  |  |  |

**8. Betriebsklima**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie empfinden Sie Ihre Arbeitssituation in Bezug auf die folgenden Merkmale: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Gegenseitige Unterstützung und Hilfestellung unter den Arbeitskollegen |  |  |  |  |  |  |
| Konfliktbewältigung unter den Arbeitskollegen |  |  |  |  |  |  |
| Arbeitsklima im Team (allgemein) |  |  |  |  |  |  |

**9. „Ich und das Unternehmen“**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie schätzen Sie ein: | Sehr schlecht | Ziemlich schlecht | Es geht so | Ziemlich gut | Sehr gut | Trifft nicht zu |
| Ihre Arbeitsmotivation |  |  |  |  |  |  |
| Ihre Verbundenheit/Identifikation mit dem Unternehmen |  |  |  |  |  |  |
| Ihre Zufriedenheit mit der Arbeit |  |  |  |  |  |  |

**10. Gestaltungsmöglichkeiten**

|  |
| --- |
| Was wäre aus Ihrer Sicht wünschenswert? Kreuzen Sie bitte die Handlungsfelder an, die Sie persönlich besonders wichtig finden, wo mehr getan werden sollte, damit man langfristig gesund und leistungsfähig bleibt |
| Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung |
| Verbesserung der Arbeitsumgebungsbedingungen (z.B. bessere Beleuchtung, Lärmschutz, usw.) |
| Qualifizierung und verbesserte berufliche Entwicklungsmöglichkeiten |
| Pausengestaltung (z.B. Ermöglichung von „Mikropausen“ am Arbeitsplatz) |
| Flexible Gestaltung der Arbeitszeit (Verkürzung oder veränderte Lage der Arbeitszeit) |
| Veränderung des Schichtarbeitsmodells |
| Gesundheitsförderliches Arbeitsverhalten |
| Sonstiges: |

Name, Vorname (freiwillige Angabe)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**