

## Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Belastung am Arbeitsplatz (Fragebogen nach SLESINA)

<u>Untersuchungsdatum</u>		
Tag	Monat	Jahr

<u>Identnummer (ID)</u>

<u>Tätigkeitscode</u>
(wird nachgetragen, bitte nicht ausfüllen) (01 - 99)

### Hinweis zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bitte lesen Sie die Fragen aufmerksam durch und beantworten Sie jede Frage nach Ihrer Einschätzung durch Einsetzen der Daten oder durch Ankreuzen der entsprechenden Antwortfelder. In Zweifelsfällen überlegen Sie bitte erneut und geben dann die am meisten zutreffende Antwort.

Bitte schätzen Sie die Arbeitsbelastungen Ihrer derzeitig ausgeübten beruflichen Tätigkeit ein; kreuzen Sie hierzu die entsprechenden Felder an. Wichtig ist dabei ausschließlich Ihr persönliches Empfinden !

Bitte überlegen Sie, ob folgende Merkmale oder Belastungsfaktoren an Ihrem Arbeitsplatz vorkommen!	Wie häufig oder wie stark trifft dieses Merkmal oder der Faktor auf Ihre Arbeit zu?				Fühlen Sie sich selbst dadurch körperlich oder geistig belastet oder beansprucht?	
	oft	mittel	selten	nie	ja	nein
<i>Beispiel: Lärm</i>	<b>X</b>				<b>X</b>	
1. schwere körperliche Arbeit	3	2	1	0	1	0
2. ungünstige Körperhaltung	3	2	1	0	1	0
3. Stehen	3	2	1	0	1	0
4. Sitzen	3	2	1	0	1	0
5. Bewegungsmangel	3	2	1	0	1	0
6. Konzentration	3	2	1	0	1	0
7. einförmige Arbeit	3	2	1	0	1	0
8. genaues Detailsehen	3	2	1	0	1	0
9. Handgeschicklichkeit	3	2	1	0	1	0
10. Nachdenken	3	2	1	0	1	0
11. selbständiges Entscheiden	3	2	1	0	1	0
12. selbständige Arbeitseinteilung	3	2	1	0	1	0
13. taktgebundene Arbeit	3	2	1	0	1	0
14. Termindruck	3	2	1	0	1	0
15. Schichtarbeit	3	2	1	0	1	0
16. Lärm	3	2	1	0	1	0
17. Wärme / Hitze	3	2	1	0	1	0
18. Nässe / Feuchtigkeit	3	2	1	0	1	0
19. ungünstige Beleuchtung	3	2	1	0	1	0
20. Zugluft	3	2	1	0	1	0
21. Zeitdruck	3	2	1	0	1	0
22. Halten schwerer Lasten	3	2	1	0	1	0
23. Tragen schwerer Lasten	3	2	1	0	1	0

Bitte überlegen Sie, ob folgende Merkmale oder Belastungsfaktoren an Ihrem Arbeits- platz vorkommen!	Wie häufig oder wie stark trifft dieses Merkmal oder der Faktor auf Ihre Arbeit zu?				Fühlen Sie sich selbst dadurch körperlich oder geistig belastet oder beansprucht ?	
	oft	mittel	selten	nie	ja	nein
24. Heben schwerer Lasten	3	2	1	0	1	0
25. Ziehen / Schieben schwerer Lasten	3	2	1	0	1	0
26. Gehen	3	2	1	0	1	0
27. Über-Kopf-Arbeit	3	2	1	0	1	0
28. Zwangshaltung	3	2	1	0	1	0
29. Abhängigkeit vom Tempo der Kollegen	3	2	1	0	1	0
30. Abhängig vom Maschinentempo	3	2	1	0	1	0
31. Anweisungen geben	3	2	1	0	1	0
32. Verantwortung für Maschinen und/oder Material	3	2	1	0	1	0
33. Verantwortung für die Sicherheit und/oder die Gesundheit anderer	3	2	1	0	1	0
34. Unterbrechung durch Kollegen	3	2	1	0	1	0
35. Unterbrechung durch Vorgesetzte	3	2	1	0	1	0
36. Unterbrechung durch Maschinenstörungen	3	2	1	0	1	0
37. Leistungsdruck	3	2	1	0	1	0
38. Ärger mit Kollegen	3	2	1	0	1	0
39. Ärger mit Vorgesetzten	3	2	1	0	1	0
40. Überstunden	3	2	1	0	1	0
41. Kontrolle durch Vorgesetzte	3	2	1	0	1	0
42. Wochenendarbeit	3	2	1	0	1	0
43. Unfallrisiko	3	2	1	0	1	0
44. chemische Stoffe	3	2	1	0	1	0
45. Staub / Schmutz	3	2	1	0	1	0
46. Gerüche / Dämpfe	3	2	1	0	1	0
47. Vibrationen / Schwingungen	3	2	1	0	1	0

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.**