**Befragung Arbeitsplatzbedingungen**

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Befragungsbogen zu den Arbeitsplatzbedingungen auszufüllen. Die Befragung ist anonym. Die Ergebnisse hierzu werden vertraulich behandelt.

**Frage 1)** Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen bei der Bildschirmarbeit nach kurzer Zeit die Augen brenn oder Sie Kopfschmerzen bekommen?

Augenschmerzen Ja Nein

Kopfschmerzen Ja Nein

**Frage 2)** Haben Sie am Arbeitsplatz häufig mit Verspannungen der Nackenmuskulatur oder mit Schmerzen im Handgelenk zu tun?

Verspannungen Ja Nein

Handgelenkschmerzen Ja Nein

**Frage 3)** Schmerzt Ihr Rücken, wenn Sie längere Zeit am Arbeitsplatz arbeiten?

Rückenschmerzen Ja Nein

**Frage 4)** Was können wir Ihrer Meinung nach tun, um die Arbeitsplatzbedingungen für Sie angenehmer zu gestalten?

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Frage 5)** Wie empfinden Die die Lichtverhältnisse und das Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz?

Lichtverhältnisse:

sehr gut gut mittelmäßig schlecht

Raumklima:

sehr gut gut mittelmäßig schlecht