**Befragung Arbeitsplatzbedingungen***Hinweis: Das Formular ist ohne Passwort (= leer) geschützt.*

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

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

**Frage 1)** Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen bei der Bildschirmarbeit nach kurzer Zeit die Augen brennen 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** Sie die Lichtverhältnisse und das Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz?

**Lichtverhältnisse**:

sehr gut  gut  mittelmäßig  schlecht

**Raumklima**:

sehr gut  gut  mittelmäßig  schlecht