**Gesprächsleitfaden zur Ermittlung der gesundheitlichen Beschwerden**

**Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.**

|  |
| --- |
| Liebe Mitarbeiterin, lieber Mitarbeiter!  Einige Ihrer Kolleginnen/Kollegen klagen über gesundheitliche Beschwerden, die sie mit ihrem  Arbeitsplatz in Verbindung bringen. Wir gehen dieser Frage nach und wollen klären, ob und wo  Gesundheitsstörungen in unserem Betrieb auftreten und ob möglicherweise ein Zusammenhang zu den baulichen Gegebenheiten, den Räumen oder Einrichtungen herzustellen ist.  Wenn wir nach gesundheitlichen Störungen fragen, so interessieren uns natürlich nur Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit der Arbeit auftreten oder aufgetreten sind, nicht jedoch durch einen Unfall erlittene Gesundheitsstörungen, ererbte Krankheiten oder durch sonstige Lebensumstände erworbene Erkrankungen.  Ihre Angaben sind freiwillig, Ihre Antworten werden ohne Namensnennung anonym erfasst.  Wir möchten Sie bitten, möglichst vollständige Angaben zu machen. |
| 1. Haben Sie gesundheitliche Beschwerden, die Sie mit Ihrem Arbeitsplatz in Verbindung bringen? Welche sind das genau?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 2. Welche gesundheitlichen Beschwerden empfinden Sie am schlimmsten?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 3. Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal ärztlich untersucht?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 4. Befinden Sie sich wegen dieser Beschwerden in Behandlung?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 5. Wurden Sie wegen dieser Beschwerden schon einmal krankgeschrieben?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 6. Seit wann treten die gesundheitlichen Beschwerden auf? (Monat, Jahr)  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 7. Wann genau treten die Beschwerden auf? (z. B. Jahreszeit, Wochentag, Tageszeit)  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 8. Werden die gesundheitlichen Beschwerden bei Abwesenheit vom Arbeitsplatz geringer?   (z. B. nach Beendigung der Arbeit, am Wochenende, im Urlaub)  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 9. Was glauben Sie ist die Ursache für Ihre gesundheitlichen Beschwerden?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 10. Hat es in der letzten Zeit Veränderungen an Ihrem Arbeitsplatz gegeben?   (z.B. Renovierung, Änderungen in der Organisationsstruktur des Betriebes/der Abteilung, personelle Veränderungen, Änderungen der Zuständigkeiten, etc.)  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 11. Haben Sie Allergien?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 12. Rauchen Sie?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| 13. Wie alt sind Sie?  Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |