

Arbeitsplatzbeschreibung: Selbstauskunft Arbeitgeber / Arbeitnehmer

Der folgende Fragebogen soll die funktionellen Belastungen eines angegebenen Berufs erfassen und dient als Grundlage für den arbeitsplatzbezogenen funktionellen Leistungstest nach Susan Isernhagen (EFL-Test). Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vollständig und gewissenhaft.

Name:	Beruf:
Kurze Beschreibung der jetzigen oder zuletzt ausgeübten Tätigkeit:	
A l l g e m e i n e I n f o r m a t i o n e n	
Qualifikation:	
Bestehender Arbeitsvertrag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitszeit pro Tag:	
Arbeitstage pro Woche:	
Arbeitsorganisation:	<input type="checkbox"/> Eigenständige Organisation Vorgegebene Arbeitsabläufe durch <input type="checkbox"/> Maschinen <input type="checkbox"/> Kollegen <input type="checkbox"/> Betriebsorganisation
Pausen pro Schicht:	
Ausübung der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> im Gebäude: _____ % / pro Tag <input type="checkbox"/> im Freien: _____ % / pro Tag
Beschreibung der Arbeitsbekleidung (Arbeitsschuhe, Handschuhe, Arbeitsausrüstung, et.) :	
Beschreibung der notwendigen Schutzkleidung (Helm, spezielle Handschuhe, Atemmaske, Schutzkleidung, et.) :	
Beschreibung der Arbeitsmittel (Werkzeuge, Maschinen, Hilfsmittel, et.):	
F u n k t i o n e l l e F ä h i g k e i t e n	
Stehen/Gehen.	
1. Stehende Haltung pro Tag ?	
2. Stehende Haltung pro Tag ohne Sitz oder Bewegungspause ?	_____ Stunden pro Tag
3. Art des Untergrundes ?	_____
4. Können die Tätigkeit auch im Sitzen ausgeübt werden ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein Begründung bitte:	
5. Können Bewegungspausen gemacht werden ? (Gehen, et.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein Begründung bitte:	
6. Gehstrecke pro Tag ?	_____
7. Längste Gehstrecke ?	_____
8. Können Gehpausen eingelegt werden ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein Begründung bitte:	

Heben / Tragen

1. Gewichte die angehoben werden müssen? Von _____ kg bis _____ kg Häufigkeit pro Tag _____
2. Schwerstes Gewicht? _____ kg ; Häufigkeit pro Tag an Stück ? _____ Anzahl pro Stunde ? _____
3. Arbeitshöhe von der das Gewicht angehoben wird _____ cm und Arbeitshöhe auf die das Gewicht abgestellt wird _____ cm
4. Größtes Objekt das gehoben werden muss ? _____ Maße in cm
Beschreibung: _____
5. Distance über die das Gewicht getragen werden muss ? _____ m
6. Werden die Gewichte mit einer Hand getragen ? ja nein _____ kg
7. Werden die Gewichte mit zwei Hände getragen ? ja nein _____ kg
8. Gesamtzeit pro Tag in der Gewichte gehoben/ getragen werden ? _____ Std.

Sitz

1. Sitzende Haltung _____ Stunden pro Tag
2. Sitzmöbel ? Stuhl: _____ Hocker: _____ Sitzhocker: _____ Andere: _____
3. in welcher Sitzhaltung wird gearbeitet ? Nach vorn geneigt (Dauer: _____ Min.) angelehnt (Dauer: _____ Min.)
 Rotationsbewegungen des Oberkörpers (Dauer: _____ Min.)
4. Muss während dem Sitzen nach vorn gegriffen werden ? Wie weit ? _____ cm Häufigkeit _____ pro Stunde
5. Muss während dem Sitzen nach oben gegriffen werden ? Wie weit ? _____ cm Häufigkeit _____ pro Stunde
6. Gewichte die im Sitzen hantiert werden müssen? _____ kg
7. Können Steh- oder Bewegungspausen gemacht werden ? ja nein
Wenn nein Begründung bitte: _____

Steigen

- Treppe steigen ? ja nein Anzahl ? _____ Häufigkeit ? _____
- Leiter steigen ? ja nein Anzahl ? _____ Häufigkeit ? _____
- Andere ? ja nein Anzahl ? _____ Häufigkeit ? _____
- Werden Gewichte, Arbeitsmittel getragen ? ja nein Gewicht: _____ kg Häufigkeit ? _____

Ziehen/ Drücken /Schieben

- Müssen Gewichte gezogen / geschoben werden ? ja nein Gewicht: _____ kg Häufigkeit ? _____
- Schwerstes Gewicht das gezogen /geschoben wird ? Gewicht: _____ kg Häufigkeit ? _____
- Welche Hilfsmittel (z.B. Hubwagen, Ameise, et.) haben Sie zur Verfügung?

Kriechen/ Knien/ Hocke

- Müssen folgende Haltungen bei der Arbeit eingenommen werden ?
- Knien ? ja nein Dauer ? _____ Häufigkeit ? _____
- Hocke ? ja nein Dauer ? _____ Häufigkeit ? _____
- Kriechen ? ja nein Dauer ? _____ Häufigkeit ? _____
- Können Steh- oder Bewegungspausen gemacht werden? ja nein
- Wenn nein Begründung bitte: _____

Gleichgewicht

- Betsen besondere Anforderungen an das Gleichgewicht (z.B. Arbeiten auf Leitern, Gerüsten, et.) ? ja nein
- Beschreibung: _____
- Beschaffenheit des Untergrunds ? _____

Überkopfarbeit

- Müssen Arbeiten über Kopf verrichtet werden ? ja nein
- Bis zur welcher Höhe ? _____ cm Dauer der Tätigkeit : _____ Min..
- Häufigkeit bei wiederholten Tätigkeiten: _____ Wiederholungen pro Min./ pro Stunde
- Müssen Arbeiten in Schulterhöhe oder tiefer verrichtet werden ? ja nein Dauer ? _____ Min.
- Häufigkeit bei wiederholten Tätigkeiten: _____ Wiederholungen pro Min./ pro Stunde
- Müssen Gewichte in diesen Positionen hantiert werden (z.B. Werkzeuge, Gegenstände, Arbeitsmittel, Baustoffe, et.) ?
- ja nein Gewicht: _____ kg Häufigkeit ? _____
- Bemerkung: _____

Handkoordination / Handkraft

Beinhaltet die Tätigkeit vermehrte Hand-/Fingerkoordination (Computerarbeit, Arbeit mit Kleinteile, et.) ? ja nein
Welche:

Häufigkeit bei wiederholten Tätigkeiten: _____ Wiederholungen pro Min./ pro Stunde

Dauer permanenten Tätigkeiten: _____ Min./ pro Stunde

Beinhaltet die Tätigkeit vermehrte Greiffunktionen (handwerkliche Tätigkeiten, Haltearbeiten der Hände, et.)? ja nein
Welche:

Häufigkeit bei wiederholten Tätigkeiten: _____ Wiederholungen pro Min./ pro Stunde

Dauer permanenten Tätigkeiten: _____ Min./ pro Stunde

Zwangshaltungen

Müssen Zwangshaltungen eingenommen werden (z.B. Oberkörperrotation, Seitneigung mit Oberkörperrotationen) ?

ja nein

Wenn ja, welche Zwangshaltungen?

Wie lange müssen diese Zwangshaltungen gehalten werden? Am Stück ? _____ Min Häufigkeit pro Tag? _____

Müssen in diesen Zwangshaltungen Gewichte hantiert werden? Welche ? _____ kg

Von wo nach wo?

Sehen

Bestehen besondere Anforderungen an die Sehkraft ? ja nein

Welche:

Hören

Bestehen besondere Anforderungen an das Hörvermögen ? ja nein

Welche:

U m w e l t b e d i n g u n g e n

Klima

Bestehen besondere klimatische Bedingungen (erhöhte/ niedrige Umgebungstemperatur, Temperaturschwankungen) ?

ja nein

Welche:

Schall

Besteht eine besondere Lärmbelästigung ?

ja nein

Welche:

Weiter körperliche Belastungen die einen wesentlicher Bestandteil der beruflichen Tätigkeiten darstellen: