

## Die Prüfliste Psychische Belastung

Bitte geben Sie für jede Frage an, ob das Merkmal auf Ihre Tätigkeit eher zutrifft oder eher nicht zutrifft. Beantworten Sie bitte alle Fragen und **machen Sie bitte bei jeder Frage genau ein Kreuz**. Nicht vollständig oder eindeutig ausgefüllte Fragebogen können leider nicht ausgewertet werden, sie werden aussortiert.

1.	Arbeitstätigkeit	Eher Ja	Eher Nein
1.1	Wird die auszuführende Arbeit von Ihnen selbst vorbereitet, organisiert und geprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2	Ist Ihre Tätigkeit abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.3	Haben Sie die Möglichkeit, eine wechselnde Körperhaltung einzunehmen und / oder ausreichende Bewegung am Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.4	Erhalten Sie ausreichende Informationen zum eigenen Arbeitsbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.5	Entspricht Ihre Qualifikation den Anforderungen, die durch die Tätigkeit gestellt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.6	Ist die Aufgabe / Tätigkeit frei von erhöhter Verletzungs- und Erkrankungsgefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.7	Ist Ihre Aufgabe / Tätigkeit frei von ungünstigen Arbeitsumgebungsbedingungen (zum Beispiel Lärm, Klima, Gerüche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.8	Ist Ihre Aufgabe / Tätigkeit frei von erhöhten emotionalen Anforderungen (zum Beispiel im Publikumsverkehr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.9	Haben Sie Einfluss auf die Zeiteinteilung Ihrer Arbeit (zum Beispiel Lage der Pausen, Arbeitstempo, Termine)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.10	Haben Sie Einfluss auf die Vorgehensweise bei Ihrer Arbeit (zum Beispiel Wahl der Arbeitsmittel /-methoden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.11	Erhalten Sie ausreichend Informationen zur Entwicklung des Betriebes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Arbeitsorganisation	Eher Ja	Eher Nein
2.1	Ist ein kontinuierliches Arbeiten ohne häufige Störungen möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2	Können Sie überwiegend ohne Zeit- bzw. Termindruck arbeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3	Erhalten Sie ausreichende Rückmeldung (Anerkennung, Kritik, Beurteilung) über die eigene Leistung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4	Gibt es für Sie klare Entscheidungsstrukturen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5	Sind angeordnete Überstunden die Ausnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6	Wird Ihnen im Falle von Überstunden zeitnah Freizeitausgleich gewährt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Soziales	Eher Ja	Eher Nein
3.1	Bietet Ihre Tätigkeit die Möglichkeit zur Zusammenarbeit mit Kolleginnen / Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	Besteht ein positives soziales Klima?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>