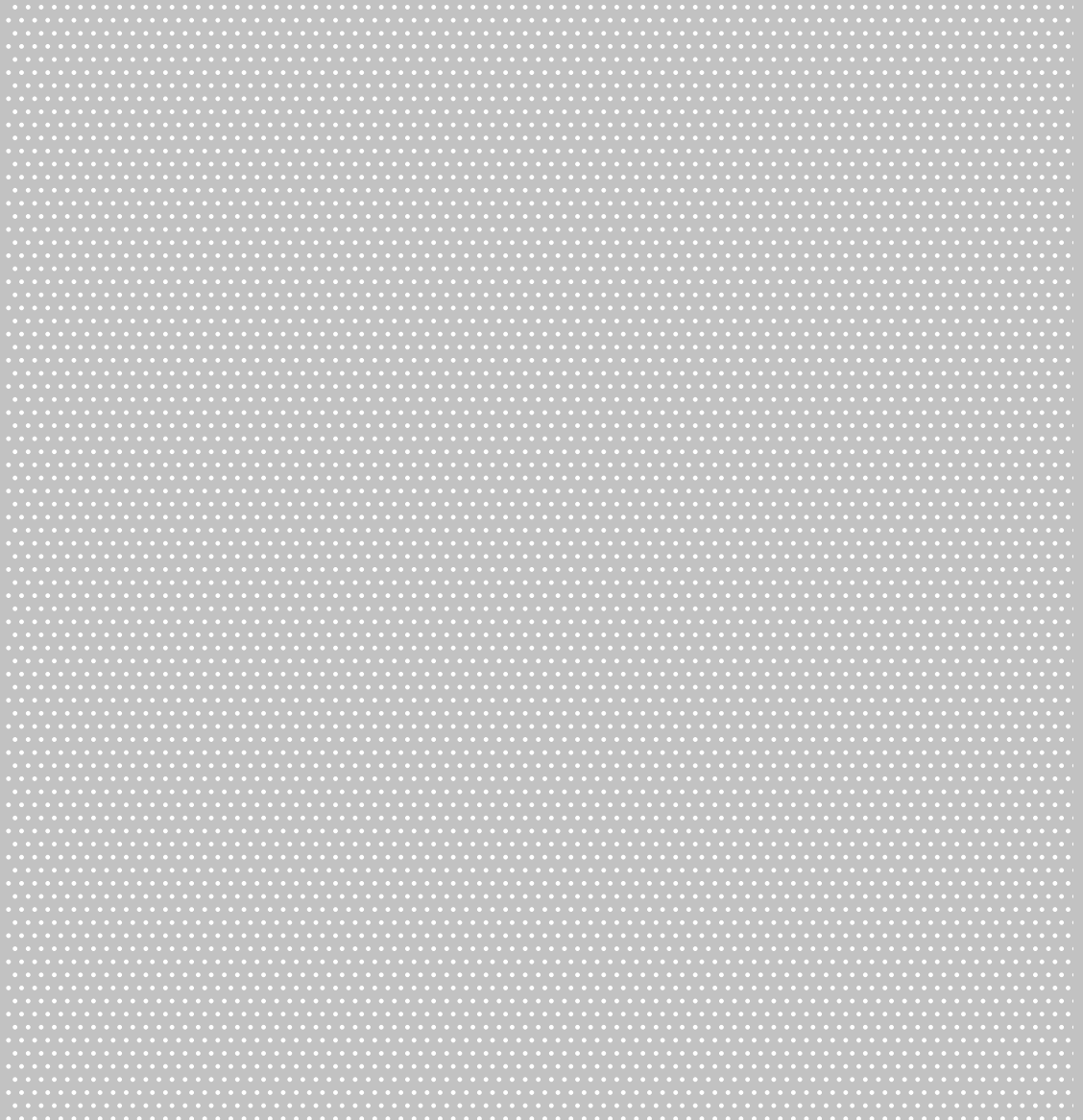






IAQ-Fragebogen

für Büroarbeitsplätze



IAQ-Fragebogen für Büroarbeitsplätze

Es kommt immer wieder vor, dass die Wahrnehmung von Gerüchen in der Raumluft mit gesundheitlichen Beschwerden in Verbindung gebracht wird. Wir möchten diesen Zusammenhängen genauer auf den Grund gehen und führen deshalb eine Befragung zum Thema „Gerüche und Luftqualität“ durch. Die Ergebnisse dienen dazu, festzustellen, wie die Luftqualität in Innenräumen empfunden wird und ob möglicherweise ein Zusammenhang zu baulichen Gegebenheiten oder Einrichtungen besteht. In diesem Zusammenhang möchten wir Ihnen auch gerne einige Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz und zu Ihrer Gesundheit stellen. Eine verwertbare Aussage ist nur zu erwarten, wenn sich möglichst viele

an der Befragung beteiligen. Wenn hier nach Ihrer Gesundheit gefragt wird, so interessieren natürlich nur Erkrankungen oder gesundheitliche Beschwerden, die im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz auftreten oder aufgetreten sind, nicht jedoch durch einen Unfall erlittene Gesundheitsstörungen, ererbte Krankheiten oder durch sonstige Lebensumstände erworbene Erkrankungen. Menschen unterscheiden sich, wenn es um die Wahrnehmung von Gerüchen oder die Beurteilung der Luftqualität geht. Es gibt daher keine „falschen“ oder „richtigen“ Antworten. Ihre ganz persönliche Sicht ist uns wichtig. Bitte gehen Sie die Fragen der Reihe nach durch und beantworten Sie sie nach Möglichkeit vollständig. Wählen Sie die Antwortmöglichkeit, die am besten zu Ihrer Einschätzung passt.

Allgemeine Informationen zum Datenschutz

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Mit der Abgabe des ausgefüllten Fragebogens erklären Sie sich bereit, an dieser Befragung teilzunehmen.

Sie haben ein Auskunftsrecht über Ihre personenidentifizierenden Daten, das Recht auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch und auf die Mitteilung im Zusammenhang mit der Berichtigung oder Löschung ihrer personenidentifizierenden Daten oder der Einschränkung der Verarbeitung dieser Daten. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (vgl. Art.7 Abs.3 Satz 2 DSGVO). Dieses alles entspricht der EU Datenschutz-Grundverordnung (Artikel 15, 16, 17, 18, 21 und 19).

Sie können ihre Einwilligung zur Teilnahme an dieser Befragung jederzeit widerrufen und die Löschung ihrer Fragebogendaten verlangen.

Nähere Informationen zum Datenschutz und Ansprechpersonen finden Sie im beigefügten Informationsblatt

Arbeitsraum

1. In welchem Stockwerk befindet sich Ihr Arbeitsraum?

1.1 Souterrain Erdgeschoss Stockwerk ___ OG Dachgeschoss

2. Wie viele Personen arbeiten ständig mit Ihnen in Ihrem Arbeitsraum, Sie selbst eingerechnet?

2.1 ___ Personen, davon 2.2 ___ männlich 2.3 ___ weiblich 2.4 ___ divers

3. Ihre Wochenarbeitszeit beträgt laut Arbeitsvertrag ...

3.1 ___ Stunden pro Woche

... und wie lange arbeiten Sie täglich am Computer?

3.3 ___ Stunden pro Tag

... und wie viele Stunden pro Woche verbringen Sie üblicherweise tatsächlich in diesem Arbeitsraum?

3.2 ___ Stunden pro Woche

4. Tragen Sie bei der Arbeit üblicherweise eine Brille oder Kontaktlinsen?

4.1 nein Brille Kontaktlinsen

5. Müssen Sie manchmal Überstunden machen, oder sind Sie manchmal außer Haus tätig (z. B. auf Dienstreise) bzw. machen Heimarbeit?

5.1 Überstunden 0 bis < 2 2 bis < 5 5 bis < 10 mehr als 10 Stunden pro Monat

5.2 Dienstreisen 0 bis < 2 2 bis < 5 5 bis < 10 mehr als 10 Stunden pro Monat

5.3 Heimarbeit 0 bis < 2 2 bis < 5 5 bis < 10 mehr als 10 Stunden pro Monat

Arbeitsumgebung

6. Alles in allem: Würden Sie sagen, die Luftqualität *an Ihrem Arbeitsplatz* ist akzeptabel oder nicht akzeptabel?

6.1 akzeptabel nicht akzeptabel

6.2 Können Sie die Luftqualität durch Fensterlüftung verbessern? nein ja

7. Haben Sie schon einmal etwas wegen der Luftqualität *an Ihrem Arbeitsplatz* unternommen?

7.1 nein ja

7.2 Wenn ja, weswegen genau?

7.3 Kommentar (z. B. wurde Abhilfe geschaffen?)

8. Haben Sie schon einmal etwas wegen anderer *Arbeitsplatzbedingungen* unternommen? (z. B. Lärm)

8.1 nein ja

8.2 Wenn ja, weswegen genau?

8.3 Kommentar (z. B. wurde Abhilfe geschaffen?)

9. Wenn Sie an die letzten drei Monate denken, wie zufrieden sind Sie mit der Luftqualität *an Ihrem Arbeitsplatz*?

9.1 sehr zufrieden zufrieden weder/noch unzufrieden sehr unzufrieden

10. Sie sehen hier eine Liste von Faktoren, die bei der Arbeit störend sein können. Fühlten Sie sich schon einmal während der letzten drei Monate durch einen der folgenden Faktoren an Ihrem Arbeitsplatz gestört? (Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie sich nicht gestört fühlten.)

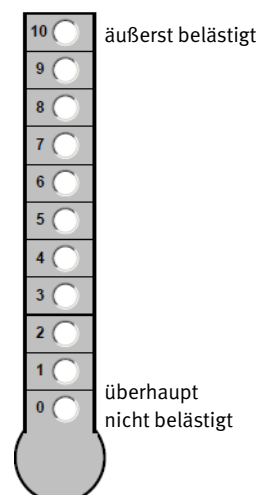
	nein, nie	ja, manchmal	ja, oft (jede Woche)
10.1 Zugluft			
10.2 Zu hohe Raumtemperatur			
10.3 Schwankende Raumtemperatur			
10.4 Zu niedrige Raumtemperatur			
10.5 Stickige „schlechte“ Luft			
10.6 Trockene Luft			
10.7 Unangenehmer Geruch			
10.8 Statische Aufladung (bekomme einen elektrischen Schlag)			
10.9 Beleuchtung (z. B. zu dunkel, blendet oder reflektiert)			
10.10 Lärm			
10.11 Staub und Schmutz			
10.12 Sonstiges: _____			

11. Wie stark wahrnehmbar ist der Geruch an Ihrem Arbeitsplatz, wenn Sie an die letzten drei Monate denken? (Wenn Sie keinen Geruch wahrnehmen, kreuzen Sie bitte „Geruch nicht wahrnehmbar“ an und gehen dann zu Frage 17.)

11.1 extrem stark sehr stark stark deutlich schwach sehr schwach
Geruch nicht wahrnehmbar

12. Sie sehen als nächstes eine Messlatte mit Werten von 0 bis 10, auf der Sie angeben können, wie sehr Sie sich belästigt fühlen. Wenn Sie sich äußerst belästigt fühlen, wählen Sie die 10, wenn Sie sich überhaupt nicht belästigt fühlen, geben Sie bitte die 0 an. Wählen Sie eine Zahl zwischen 0 und 10.

12.1 Wenn Sie nun an die letzten drei Monate denken, welche Zahl zwischen 0 und 10 gibt am besten an, wie stark Sie sich durch Geruch an Ihrem Arbeitsplatz insgesamt belästigt fühlen? Bitte kreuzen Sie eine Zahl an.



13. Wenn Sie sich durch Geruch an Ihrem Arbeitsplatz belästigt fühlen: Halten Sie die Belästigung durch den Geruch für zumutbar oder unzumutbar, wenn Sie an die letzten drei Monate denken?

13.1 zumutbar unzumutbar trifft nicht zu, ich fühle mich nicht belästigt

14. Was ist Ihrer Meinung nach die Quelle/Ursache für diesen Geruch? (z. B. von draußen, Straßenverkehr, Wandfarbe, Möbel, Bodenbelag, etc.)

14.1 Quelle/Ursache: _____

15. Bitte beschreiben Sie den Geruch mit Ihren eigenen Worten.

15.1 es riecht nach: _____

16. Wenn Sie jetzt noch einmal genau überlegen und an die letzten drei Monate denken, wie stark fühlen Sie sich durch den Geruch insgesamt belästigt?

16.1 überhaupt nicht etwas mittelmäßig stark äußerst

17. Können Sie das Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz selbst beeinflussen?

(Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie keinen Einfluss nehmen können.)

	nein	ja
17.1 Können Sie auf die Raumtemperatur Einfluss nehmen (z. B. Thermostatventil an der Heizung)?		
17.2 Können Sie ein Fenster zum Lüften öffnen?		
17.3 Können Sie auf die Lichtverhältnisse Einfluss nehmen (z. B. Blend-/Sonnenschutz)?		
17.4 Können Sie auf die Luftfeuchtigkeit Einfluss nehmen?		
17.5 Wünschen Sie sich direkten Einfluss auf das Raumklima?		

17.6 Kommentar:

Erkrankungen und gesundheitliche Beschwerden

18. Bitte geben Sie an, ob bei Ihnen schon einmal eine der folgenden Erkrankungen ärztlich diagnostiziert wurde. Wenn ja, bitte geben Sie an, ob Sie unter dieser Erkrankung in den vergangenen 12 Monaten gelitten haben. (Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie keine der genannten Erkrankungen hatten.)

	nein	ja	Wenn ja, in den letzten 12 Monaten?	
			nein	ja
18.1 Chronischer Schnupfen, häufige Entzündung der Nasennebenhöhlen (Sinusitis)				
18.2 Bronchialasthma (Asthma bronchiale, allergisches Asthma)				
18.3 Allergie der Atemwege (z. B. Heuschnupfen, Hausstaub, Tierhaare)				
18.4 Allergisches Kontaktekzem (Hautausschlag)				
18.5 Haben Sie häufiger als 5 x /Jahr einen Infekt (Erkältung, Bronchitis)?				

18.6 Haben Sie weitere Erkrankungen, die Sie uns noch mitteilen möchten?

Wenn ja, bitte beschreiben:

19. Bitte geben Sie an, ob Sie während der letzten drei Monate eine der folgenden Beschwerden hatten.
(Bitte beantworten Sie jede Frage, auch wenn Sie keine der genannten Beschwerden hatten.)

				Wenn ja: Glauben Sie, das hängt mit der Luftqualität zusammen?		
	nein, nie	ja, manchmal	ja, oft (jede Woche)	nein	ja	ich weiß nicht
19.1 Müdigkeit						
19.2 Kopfschmerzen						
19.3 Schwindel, Übelkeit						
19.4 Konzentrationsprobleme						
19.5 Jucken, Brennen oder Reizung der Augen						
19.6 Gereizte, verstopfte oder laufende Nase						
19.7 Heiserkeit, trockener Hals						
19.8 Husten						
19.9 Trockene, gerötete Gesichtshaut						
19.10 Schuppen, juckende Kopfhaut oder Ohren						
19.11 Trockene Hände, Juckreiz, gerötete Haut						
19.12 Schlafstörungen						
19.13 Andere: _____						

Arbeitsbedingungen

20. Seit wann arbeiten Sie für Ihren jetzigen Arbeitgeber?

20.1 _____ (Bitte das Jahr angeben.)

21. Haben Sie Personalverantwortung?

21.1 nein ja

22. Sind Sie unbefristet beschäftigt?

22.2 nein ja

23. Bitte beantworten Sie ein paar Fragen zu Ihrer Arbeit:

	nein, nie	ja, manchmal	ja, oft
23.1 Finden Sie Ihre Arbeit interessant und anregend?			
23.2 Haben Sie zu viel Arbeit?			
23.3 Haben Sie die Möglichkeit, Ihre Arbeitsbedingungen zu beeinflussen?			
23.4 Helfen Ihnen Ihre Kolleginnen/Kollegen, wenn Sie mal Probleme bei der Arbeit haben?			
23.5 Sind Sie besorgt, dass sich Ihre Arbeitsbedingungen ändern werden?			

Hintergrundinformationen

Bitte helfen Sie uns jetzt noch mit einigen statistischen Angaben. Diese Fragen sind wichtig für die statistische Auswertung der Ergebnisse.

24. Wie alt sind Sie?

24.1 ____ Alter (in Jahren)

25. Geschlecht?

25.1 männlich weiblich divers

26. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?

26.1 (noch) kein Abschluss

Hauptschule/Volksschule

Realschule (Mittlere Reife)

Polytechnische Oberschule (max. 10. Klasse)

Fachoberschule (Fachhochschulreife)

Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/Abitur (Gymnasium bzw. EOS; EOS + Lehre)

26.2 Anderer Schulabschluss: _____

27. Was ist Ihr höchster berufsqualifizierender Abschluss?

27.1 (noch) kein Berufsabschluss

Beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre)

Beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule)

Fach-, Meister-, Technikerschule; Berufs-, Fachakademie

Bachelor an einer (Fach-)Hochschule

Fachhoch-, Ingenieurschule (z. B. Diplom, Master)

Universität (z. B. Diplom, Magister, Master, Staatsexamen, Promotion)

27.2 Anderer Ausbildungsabschluss: _____

28. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zurzeit?

28.1 Nein, ich habe nie geraucht. Ja, aber ich habe aufgehört. Ja, ich rauche zurzeit.

29. Wenn Sie noch etwas hinzufügen möchten, was Ihre Arbeit/Ihren Arbeitsplatz betrifft, können Sie dies hier niederschreiben. Sie können auch Ihre Antworten zu den obigen Fragen mit eigenen Worten hier ergänzen.

Kommentar:

Herausgegeben von:

Deutsche Gesetzliche
Unfallversicherung e. V. (DGUV)
Glinkastraße 40
10117 Berlin

Verfasst von:

Institut für Prävention und Arbeitsmedizin der Deutschen Gesetzlichen
Unfallversicherung, Institut der Ruhr-Universität Bochum (IPA) und Institut
für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (IFA)

Ausgabe: November 2022

Satz und Layout: IFA

Copyright: Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung gestattet.

Bezug: www.dguv.de/publikationen › Webcode: p022304