

Arbeitsplatzanalyse

Firma: _____ Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Was ist ihre Hauptbeschäftigung am Schreibtisch

Computer _____ %

Schreibarbeit _____ %

Telefon: _____ %

Wie viele Stunden sitzen sie am Schreibtisch?

Weniger als 4

Zwischen 4 und 6

Mehr als 6

Wichtige Fakten:

Der Tisch ist höhenverstellbar ja nein

Der Stuhl hat Armlehnen ja nein

Ich arbeite viel mit der Maus ja nein

Ich arbeite am PC ja nein

Ich arbeite mit Notebook ja nein

Ich arbeite viel mit Papier ja nein

Ich bin Brillenträger ja nein

Ich schreibe mit: rechts links



DIE RÜCKEN-WOHLTAT

GESUNDES SITZEN – GESUNDES ARBEITEN

Alter: _____

Größe: _____

Geschlecht: _____

Körperbau: _____

Besonderheiten, z.B. langer
Oberkörper/ lange Beine:

Gleitsichtbrille: ja nein

Beschwerden:

Halswirbelsäule
Schultergelenk

Brustwirbelsäule
Ellenbogen
Handgelenk

Lendenwirbelsäule
Kreuzbein
Hüfte
Knie

sonstige:

Verschwiegenheitsklausel:

Die im folgenden gemachten Angaben dienen ausschließlich zu hausinternen Zwecken.