



## Präventiver Gesundheits-Check bei Nachtarbeit

Dieser Fragebogen ist streng vertraulich und für den Gesundheitsdienst in Ihrer Einrichtung bestimmt

Name, Vorname	
Geboren am	
Adresse	
Stadt / Gemeinde	
Beruf	
Einrichtung / Abteilung	
E-Mail-Adresse	
Mobiltelefon- / Festnetz-Nr.	

Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Wieviele Jahre <u>Ihres Lebens</u> haben Sie nachts gearbeitet?	Jahre
Wie lange dauert die Nachtschicht <u>im Durchschnitt</u> ?	<input type="checkbox"/> 8-9 St. <input type="checkbox"/> 9-10 St. <input type="checkbox"/> 10-11 St. <input type="checkbox"/> 11-12 St. <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben:
Welche Art von Schichtarbeit üben Sie <u>gewöhnlich</u> aus?	<input type="checkbox"/> Nur Nachtschicht <input type="checkbox"/> Tag- und Nachtschicht im Wechsel: <input type="checkbox"/> Dauer der Tagschicht: 8-10 Std. <input type="checkbox"/> Dauer der Tagschicht: 10-13 Std. <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben: <input type="checkbox"/> Pikett: <input type="checkbox"/> Ruhetag am Folgetag <input type="checkbox"/> Kein Ersatzruhetag Falls Pikettdienst: durchschnittl. Anzahl nachts gearbeiteter Stunden:
Sind Nachtdienste in Ihrer Abteilung	<input type="checkbox"/> obligatorisch <input type="checkbox"/> fakultativ
Wenn Sie die Wahl hätten, würden Sie	<input type="checkbox"/> Nachtdienst machen <input type="checkbox"/> keinen Nachtdienst machen
Wieviele Nachtdienste haben Sie durchschnittlich pro Monat?	Nächte
Wieviele Nächte arbeiten Sie <u>gewöhnlich</u> hintereinander?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
Wieviele Nächte arbeiten Sie <u>maximal</u> hintereinander?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
Wird Ihre Meinung bei der maximalen Anzahl von aufeinander folgenden Nachtdiensten berücksichtigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wer plant für Ihre Abteilung die Nachtdienste?	<input type="checkbox"/> eine Führungskraft Ihrer Abteilung <input type="checkbox"/> ein Kollege/eine Kollegin <input type="checkbox"/> jeder kann frei wählen <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben :
Auf wieviele Ruhetage haben Sie im Durchschnitt Anspruch, wenn Sie mehrere Nächte hintereinander gearbeitet haben?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 Bemerkung:
Wie lange vorher kennen Sie Ihre Arbeitszeiten?	<input type="checkbox"/> < 2 Wochen <input type="checkbox"/> 2-4 Wochen <input type="checkbox"/> 1-2 Monate <input type="checkbox"/> > 2 Monate
Sind Sie mit der Planung der Nachtdienste und Ihrer freien Tage zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja, meistens <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> überhaupt nicht Falls nicht, weshalb?
Wieviel Prozent arbeiten Sie?	%
Haben Sie einen beruflichen Nebenerwerb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welchen: _____ Anzahl Stunden/Woche:

Wie sieht Ihre familiäre Situation aus? Sie leben	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> in Partnerschaft
Wenn Sie in einer Partnerschaft leben: Arbeitet Ihr Partner/Ehepartner?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, regelmässige Arbeitszeiten <input type="checkbox"/> ja, unregelmässige Arbeitszeiten
Für wieviele Kinder <u>unter 5 Jahren</u> müssen Sie aufkommen?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
Für wieviele Kinder <u>über 5 Jahren</u> müssen Sie aufkommen?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 oder mehr
Sind Sie für <u>weitere Personen</u> finanziell zuständig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre familiären Pflichten mit dem Nachtdienst in Einklang zu bringen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Wirkt sich Ihrer Ansicht nach der Nachtdienst auf Ihr <u>Familienleben</u> aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> stark
Wirkt sich Ihrer Ansicht nach der Nachtdienst auf Ihr <u>soziales Leben</u> aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ein wenig <input type="checkbox"/> stark
Müssen Sie auf Hobbys oder Sport aufgrund Ihrer Arbeitszeiten verzichten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft
Fühlen Sie sich derzeit körperlich voll fit?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, bitte angeben

<b>Wie kommen Sie mit der Nachtarbeit zurecht?</b>	<input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> gar nicht
Kommentar(e):	

**Besteht während des Nachtdienstes die Möglichkeit:**

Eine warme Mahlzeit einzunehmen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Können Sie sich normalerweise etwas <u>ausruhen</u> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <1 Stunde <input type="checkbox"/> >1 Stunde
Können Sie etwas <u>schlafen</u> ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <1 Stunde <input type="checkbox"/> >1 Stunde
Wie sind die Möglichkeiten für Ruhepausen?	<input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> eher schlecht, bitte angeben
Arbeiten Sie in Ihrer Nachtschicht allein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Nach Ende des Nachtdienstes:**

Wie lange dauert Ihr Heimweg von der Arbeit?	<input type="checkbox"/> <1 Stunde <input type="checkbox"/> 1-2 Stunden <input type="checkbox"/> >2 Stunden
Wie kehren Sie normalerweise nach Hause zurück?	<input type="checkbox"/> zu Fuss <input type="checkbox"/> mit Velo <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> mit dem Pkw, allein <input type="checkbox"/> Mitfahrgelegenheit <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben
Haben Sie Schwierigkeiten, nach Hause zu gelangen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Kommt es vor, dass Sie sich beim Autofahren schläfrig fühlen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> oft
<u>Wenn ja</u> , wie verhalten Sie sich?	<input type="checkbox"/> Zwischenstopp einlegen und kurz schlafen <input type="checkbox"/> sonstige
Haben Sie Schwierigkeiten, tagsüber zu schlafen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> oft, bitte angeben
Wieviele Stunden schlafen Sie (wenn Sie in der kommenden Nacht arbeiten)?	<input type="checkbox"/> <4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >8

Wieviele Stunden schlafen Sie nachts, <u>wenn Sie am Tage arbeiten</u> ?	<input type="checkbox"/> <4 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> >8
Gelingt es Ihnen, sich zwischen den Nächten ausreichend zu erholen, um wieder fit zu sein?	<input type="checkbox"/> ja, meistens <input type="checkbox"/> nein, bitte angeben
Gelingt es Ihnen, sich nach mehreren Nachtdiensten in Folge ausreichend zu erholen?	<input type="checkbox"/> ja, meistens <input type="checkbox"/> nein, bitte angeben

<b>Wirkt sich der Nachtdienst auf Ihre Gesundheit aus?</b>	
Verdauungsstörungen (Sodbrennen, Bauchschmerzen, Blähungen, sonstige) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Herz- oder Kreislaufstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Psychische Störungen (Depression, Reizbarkeit, sonstige) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Müdigkeit?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> starke
Schlafstörungen (Einschlafschwierigkeiten, nächtliches Aufwachen, kein erholsamer Schlaf)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark
Konzentrationsstörungen (Schläfrigkeit, verlangsamte Reaktionen) ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark
Häufige Kopfschmerzen oder Migräne?	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> starke
Haben Sie <u>in den letzten 2 Jahren</u> an Gewicht zu- oder abgenommen?	<input type="checkbox"/> keine wesentliche Veränderung Zunahme: <input type="checkbox"/> 2 bis 5 kg <input type="checkbox"/> > 5 kg Abnahme: <input type="checkbox"/> 2 bis 5 kg <input type="checkbox"/> > 5 kg
Wirkt sich Ihre Nachtarbeit auf Ihre Ernährung aus?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> übersprungene Mahlzeiten <input type="checkbox"/> unausgewogene Mahlzeiten <input type="checkbox"/> Snacks zwischen den Mahlzeiten <input type="checkbox"/> viele Süssgetränke <input type="checkbox"/> zusätzliche Mahlzeiten <input type="checkbox"/> sonstige, bitte angeben:

<b>In den letzten zwei Jahren:</b>	
Hatten Sie einen Verkehrsunfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, auf der Heimfahrt von einer Nachtschicht <input type="checkbox"/> ja, in Zusammenhang mit Müdigkeit oder Schläfrigkeit <input type="checkbox"/> ja, ohne Zusammenhang mit Nachtdienst oder Müdigkeit
Wurden Sie wegen Erschöpfung krank geschrieben?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> < 3 Wochen <input type="checkbox"/> > 3 Wochen
Wurden Sie operiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Hatten Sie grössere gesundheitliche Probleme?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Wie lange wurden Sie krank geschrieben?	<input type="checkbox"/> <7 Tage <input type="checkbox"/> 7-14 T. <input type="checkbox"/> 14-30 T. <input type="checkbox"/> >30 Tage

<b>Leiden Sie an:</b>	
einer Herzkrankheit oder Erkrankung der Arterien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Einer mit Insulin zu behandelnden Diabetes?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bewusstlosigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Epilepsie oder einer anderen neurologischen Krankheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Einem sonstigen schwerwiegenden Gesundheitsproblem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben

<b>Möchten Sie den Betriebsarzt konsultieren?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

<b>Haben Sie Fragen oder Kommentare zur Nachtarbeit?</b>
--