KPB (ifaa) – Orientierende Checkliste (mod. für ERGOMED)

Unternehmen/Betrieb:_____

Personengruppe/Abteilung/Arbeitsbereich:_____

Bearbeiter:_____

Datum:_____ Unterschrift/Stempel:_____

Beurteilung der Arbeitstätigkeit im Hinblick auf die negative Beanspruchungsfolge...				**Handlungsbedarf**
Stress: Die Arbeitsanforderungen übersteigen das Leistungsvermögen des Beschäftigen...	☺	😐	☹	ja/nein
Psychische Ermüdung: Die Anforderungen an die Konzentration...	☺	😐	☹	ja/nein
Monotonie: Die Arbeitstätigkeit ist...	☺	😐	☹	ja/nein
Psychische Sättigung: Der Beitrag der Arbeitstätigkeit zum Erreichen der Abteilungsziele ist...	☺	😐	☹	ja/nein

Bemerkungen des Bearbeiters:

_____

_____

_____