



Fragebogen zur Erfassung der Nutzerzufriedenheit in Bürogebäuden

Betrachtungszeitraum: Sommer

Oktober 2009



Fragebogen zur Erfassung der Nutzerzufriedenheit in Bürogebäuden

- Sommer -

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Das Erleben der Arbeitsumwelt ist individuell verschieden, 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 die Fragen nach Möglichkeit **vollständig**. Wenn Sie eine Antwort nicht genau wissen, kreuzen Sie bitte die Antwortmöglichkeit an, die am besten zu Ihrer Einschätzung passt. Wenn Sie ein Kreuz korrigieren möchten, streichen Sie es bitte deutlich durch und setzen das neue Kreuz deutlich an die gewünschte Stelle.

Falls eine Frage gar nicht auf Ihre Arbeitsplatzverhältnisse oder das Gebäude generell zutrifft, kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen in der Spalte **nicht anwendbar** an.

Erfahrungsgemäß dauert die Beantwortung des Fragebogens ca. 25 Minuten.

Zur Vergleichbarkeit der Daten zu den verschiedenen Jahreszeiten ist es erforderlich, dass wir die Angaben der unterschiedlichen Messzeitpunkte wieder einander zuordnen können. Dazu bitten wir Sie, nach dem unten erläuterten Muster Ihren persönlichen Code zu vergeben.

Der Code besteht aus den **ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter** (Kästchen 1-2), den **ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters** (Kästchen 3-4), dem **Tag Ihres Geburtsdatums** (Kästchen 5-6) und dem **ersten Buchstaben Ihres Geburtsortes** (Kästchen 7).

Beispiel: Heißt also Ihre Mutter **Anna**, Ihr Vater **Karl** und sind Sie am **02.04.1965** in **Bielefeld** geboren, würde Ihr Code lauten: **A N K A 0 2 B**

Ihr Code:



(bitte ausfüllen)

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Bitte tragen Sie hier das Datum und die Uhrzeit ein, wann Sie mit dem Ausfüllen beginnen.

Datum ____ . ____ . 2009 Uhrzeit ____ : ____

Ihre momentane Befindlichkeit

1 Wie fühlen Sie sich **im Moment**? Bitte kreuzen Sie in den nachfolgenden Zeilen jeweils das Kästchen an, das am besten zu Ihrem **momentanen Befinden** passt. (bitte in jede Zeile ein Kreuz)

sehr schlecht
gestimmt



sehr gut
gestimmt

sehr
nervös



sehr
ruhig

sehr
unausgeruht



sehr
ausgeruht

Allgemeine Fragen zu Ihrer Arbeitstätigkeit und zu Ihrem Arbeitsplatz

2 **Seit wann** arbeiten Sie in diesem **Gebäude**?

seit ____ Jahr(en) ____ Monat(en)

3 **Seit wann** arbeiten Sie **an diesem Platz in diesem Raum**?

seit ____ Jahr(en) ____ Monat(en)

6 **In welchem Geschoss** befindet sich Ihr Arbeitsplatz?

Erdgeschoss

1. OG

2. OG

3. OG

____ . OG

74 **Wohin ist Ihr Büro orientiert?**

Atrium (überdacht)

Innenhof (nicht überdacht)

nach außen

Sonstiges _____

4 Wie viele **Stunden pro Woche** arbeiten Sie üblicherweise an diesem Arbeitsplatz?

weniger als 10 Stunden

10 – 20 Stunden

21 – 30 Stunden

mehr als 30 Stunden

5 **Wann** arbeiten Sie **üblicherweise** an diesem Arbeitsplatz?

nur vormittags

nur nachmittags

mal vormittags /
mal nachmittags

sowohl vormittags
als auch nachmittags

7 **Wie verteilt** sich in etwa Ihre **Arbeitstätigkeit** auf folgende Bereiche?

_____ % Schreibtischarbeit (einschließlich Bildschirmarbeit und Telefonieren)

_____ % Besprechungen / Kundengespräche im selben Büro

_____ % Arbeitszeit anderweitig im Gebäude

_____ % Sonstiges (einschl. Arbeitszeit außerhalb des Gebäudes)

= 100 %

8 Empfangen Sie üblicherweise **Kunden** an Ihrem Arbeitsplatz? ja nein

Akustische Bedingungen / Geräuschpegel an Ihrem Arbeitsplatz

9 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **akustischen Bedingungen / dem Geräuschpegel** an Ihrem Arbeitsplatz? (bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Geräuschpegel durch Haustechnik (z. B. Heizung, Lüftung, Sonnenschutz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschpegel durch technische Arbeitsgeräte (z. B. PC, Drucker, Kopierer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche vom Flur / Treppenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trittschall (Gehgeräusche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefonklingeln / Gespräche bei KollegInnen aus anderen Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik / Radio aus anderen Räumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche von draußen bei geschlossenen Fenstern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräusche von draußen bei offenen Fenstern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Telefonklingeln / Gespräche bei KollegInnen im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachverständlichkeit im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musik / Radio im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **akustischen Bedingungen / dem Geräuschpegel** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr unzufrieden   sehr zufrieden

Fragen zu Ihrem Arbeitsplatz und zu Ihrer Arbeitsplatzumgebung

11 An welcher **Art von Arbeitsplatz** arbeiten Sie überwiegend?

Einzelbüro mit ____ Tür(en)

Mehrpersonenbüro mit ____ weiterer/n Person(en), das Büro hat ____ Tür(en)

offenes Raumkonzept (Arbeitsplätze sind nicht abgegrenzt gegen einen Flur, Treppe etc.) mit ____ weiteren Personen

73 Wird Ihr **Arbeitsplatz** noch von weiterer/n Person(en) genutzt? ja nein

12 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit folgenden **räumlichen Bedingungen** an Ihrem Arbeitsplatz? (bitte in jede Zeile ein Kreuz)

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden			
Größe des Büros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möglichkeit, den Arbeitsplatz individuell zu gestalten (z. B. durch Bilder, Pflanzen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutz vor den Blicken Anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position Ihres Arbeitsplatzes zum nächstgelegenen Fenster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Position Ihres Arbeitsplatzes zur nächstgelegenen Tür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

☞ Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden			
Ihre Sitzposition zu weiterer/n im Raum arbeitenden Person(en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstand zwischen Ihrem Arbeitsplatz und anderen Arbeitsplätzen im Raum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiten ohne Ablenkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ungestörte Gespräche / Telefonate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14 *☞ Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:* Was trifft am ehesten auf den **Sichtschutz** zu?

Mein unmittelbarer Arbeitsplatz wird durch Trennelemente oder Möbel abgetrennt: (Zimmerwände sind hiervon ausgenommen)

und zwar: direkt in Blickrichtung links von mir rechts von mir hinter mir

Es gibt keinerlei Sichtschutz im Raum.

15 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit der **Art Ihres Arbeitsplatzes** und seinen **räumlichen Bedingungen**?

sehr unzufrieden





sehr zufrieden

Lichtverhältnisse an Ihrem Arbeitsplatz im Sommer

Tageslicht und Kunstlicht im Sommer

16

Wie **weit** sitzen Sie vom **nächsten Fenster entfernt**?

bis zu 1 Meter entfernt bis zu 2 Meter entfernt bis zu 3 Meter entfernt 4 Meter und mehr entfernt

17 **Wo** befindet sich das **Fenster** von Ihrer Sitzposition aus gesehen?

direkt in Blickrichtung links von mir rechts von mir hinter mir

18

Wie beurteilen Sie die gesamte **Fenstergröße** in Ihrem Raum?

viel zu klein

viel zu groß

19 **In welche Himmelsrichtung** weist das Fenster?

Norden Osten Süden Westen _____ (z. B. Nord-Ost) weiß nicht

20

Wie empfinden Sie **in dieser Jahreszeit das Tageslicht** (zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang) an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr dunkel

sehr hell

21

Wie hätten Sie die **Tageslichtverhältnisse** (zwischen Sonnenaufgang und Sonnenuntergang) an Ihrem Arbeitsplatz **lieber**?

deutlich dunkler

deutlich heller

22 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **Tageslichtverhältnissen im Sommer**
(bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

sehr unzufrieden

sehr zufrieden

bei der Arbeit am PC?

bei sonstiger Schreibtischarbeit?

im gesamten Raum?

23

Welche **Art von Kunstlicht** haben Sie in Ihrem Raum zur Verfügung? (Mehrfachnennungen möglich)

Deckenleuchte

Wandleuchte

Stehleuchte

Schreibtischleuchte

24

Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit den **Kunstlichtverhältnissen im Sommer**...
(bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

sehr unzufrieden

sehr zufrieden

bei der Arbeit am PC?

bei sonstiger Schreibtischarbeit?

im gesamten Raum?

25 Wie häufig erleben Sie **in dieser Jahreszeit** ... (bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	nahezu immer				nahezu nie
Blendung durch Tageslicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blendung durch Kunstlicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonnenschutz / Blendschutz im Sommer

26 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** grundsätzlich ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden	nicht anwendbar
mit dem Sonnenschutz / Blendschutz an Ihrem Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** ... (bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden	nicht anwendbar
mit dem Bezug zur Außenwelt bei geschlossenem Sonnenschutz / Blendschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mit dem Ausblick nach draußen ohne Sonnenschutz / Blendschutz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **insgesamt** bezogen auf die **Lichtverhältnisse im Sommer** ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Lichtverhältnisse effektiv zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

29 Haben Sie über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **im Sommer eigene Maßnahmen ergriffen**, um die **Lichtverhältnisse** an Ihrem Arbeitsplatz zu verändern? (z. B. Pappe am Fenster als Blendschutz)

nein ja und zwar _____

31 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** mit den **Lichtverhältnissen** (Tageslicht, Kunstlicht Sonnenschutz/Blendschutz) an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr unzufrieden 

 **sehr zufrieden**

Raumklima an Ihrem Arbeitsplatz im Sommer

Temperaturverhältnisse im Sommer

32 Wie empfinden Sie **im Augenblick die Temperatur** an Ihrem Arbeitsplatz?

kalt heiß

33 **Wenn Sie wählen könnten**, wie wäre Ihnen im Augenblick die Temperatur **lieber**?

sehr viel kühler sehr viel wärmer

34 Wenn Sie **im Sommer die Temperatur im Raum ändern** wollen, wie tun Sie dies üblicherweise? (*Mehrfachnennungen möglich*)

- Fenster öffnen Tür öffnen Fenster **und** Tür öffnen
- Sonnenschutz betätigen Lüftung / Klimaanlage betätigen
- Sonstiges / Kommentar: _____

35 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie bezogen auf die **Temperatur im Sommer ...**

sehr unzufrieden sehr zufrieden

mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Temperaturverhältnisse effektiv zu beeinflussen?

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?

36 Haben Sie über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **im Sommer eigene Maßnahmen ergriffen**, um die **Temperatur** zu verändern (z. B. Ventilator aufstellen)?

nein ja und zwar _____

38 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit** mit der **Temperatur** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr unzufrieden



sehr zufrieden

Luftqualität und Zuglufterscheinungen im Sommer

39 Wie empfinden Sie **im Moment die Luftfeuchtigkeit** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr trocken sehr feucht

40 Wie hätten Sie die **Luftfeuchtigkeit** lieber?

sehr viel trockener sehr viel feuchter

41 Wie empfinden Sie die **Luftqualität** an Ihrem Arbeitsplatz?

sehr schlecht sehr gut

42 Wie häufig verspüren Sie **störende Zuglufterscheinungen** an Ihrem Arbeitsplatz?

nahezu immer nahezu nie

43 Wie stark empfinden Sie **störende Gerüche** an Ihrem Arbeitsplatz? *(bitte in jede Zeile ein Kreuz)*

	sehr stark				überhaupt nicht
Gerüche von Bodenbelag / Möbeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerüche von technischen Geräten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerüche vom Flur / Gebäudeinneren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerüche von draußen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44 **Wie lange** steht die **Tür** bzw. stehen die **Türen** Ihres Büroraumes **offen**, wenn Sie sich darin aufhalten?

nahezu nie 1-2 h 3-4 h 5-6h mehr als 6h

45 Wenn während Ihrer Anwesenheit im Büro die **Tür(en) offen** ist/sind, was sind die Gründe dafür? *(Mehrfachnennungen möglich)*

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Im Raum ist es zu warm / kalt. | <input type="checkbox"/> Die Luft ist verbraucht. |
| <input type="checkbox"/> Es erleichtert die Kommunikation. | <input type="checkbox"/> Es ist hier so üblich. |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

46 Wie **gerne** hätten Sie, dass die **Tür(en) länger geschlossen** wär(en)?

gar nicht gerne sehr gerne

47 Wenn Sie das bzw. die Fenster **öffnen**, was sind die Gründe dafür? (Mehrfachnennungen möglich)

Im Raum ist es zu warm/kalt. Die Luft ist verbraucht. Sonstiges: _____

48 Wie lange **öffnen** Sie das bzw. die **Fenster pro Tag in dieser Jahreszeit** in der Regel?

weniger als 0,5h	0,5-1h	1-3h	3-5h	mehr als 5h
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie bezogen auf die **Luftqualität im Sommer** (Feuchtigkeit, Gerüche) ...

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
mit den technischen Möglichkeiten im Raum, die Luftqualität effektiv zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

50 Haben Sie über die im Büro üblicherweise vorhandenen Möglichkeiten hinaus schon mal **im Sommer eigene Maßnahmen ergriffen**, um die **Luftqualität** zu verändern (z. B. Luftbefeuchter)?

nein ja wenn ja, welche? _____

51 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie **in dieser Jahreszeit mit der Luftqualität an Ihrem Arbeitsplatz?**

sehr unzufrieden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		sehr zufrieden
---------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	-------------------

Gesundheitliches Befinden an Ihrem Arbeitsplatz im Sommer

52 Wie häufig stellen Sie während Ihrer Arbeit die unten aufgeführten **Beschwerden** bei sich fest, sofern Sie diese auf **räumliche Bedingungen** Ihres Arbeitsplatzes **zurückführen?** (bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	nahezu immer	häufig	gelegentlich	eher selten	nahezu nie
rasche Ermüdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trockene Augen und/oder trockene Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tränennde Augen und/oder laufende Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trockene Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
generelles Unwohlsein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53 Haben Sie eine **Allergie**? ja nein

54 Haben Sie **Asthma**? ja nein

Möblierung / Gestaltung des Büros, Sauberkeit

55 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit folgenden **Bedingungen** in Ihrem Büro?
(bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	sehr unzufrieden					sehr zufrieden				
Ergonomie Ihres Schreibtischstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergonomie Ihres Schreibtisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe Ihres Schreibtisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platz für Besprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platz für Büromaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garderobe / Platz für Ihre Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Größe von Regalen / Schränken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbliche Gestaltung der Möbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material der Möbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbliche Gestaltung der Wände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farbe des Bodenbelags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Material des Bodenbelags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit von Boden und Flächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit von Fenster(n)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie bezogen auf die **Möblierung / Gestaltung ...**

	sehr unzufrieden					sehr zufrieden				
mit den Möglichkeiten, die Möblierung / Gestaltung effektiv zu beeinflussen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie mit mehreren Personen in einem Raum arbeiten:

mit der Abstimmung mit Kolleginnen / Kollegen in diesem Punkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

58 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit der **Möblierung / Gestaltung** Ihres Arbeitsplatzes bzw. Büros?

sehr unzufrieden





sehr zufrieden

59 Wie **wichtig** sind Ihnen folgende Bedingungen und für wie **veränderungsbedürftig** halten Sie folgende Bedingungen an Ihrem Arbeitsplatz? (bitte in jede Zeile **zwei Kreuze**)

	Wichtigkeit					Veränderungsbedarf				
	völlig unwichtig				extrem wichtig	keinerlei Bedarf				extrem hoher Bedarf
Lichtverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temperaturverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luftqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Akustische Bedingungen / Geräuschpegel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privatheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Möblierung / Gestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

60 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **Gesamtbedingungen** (Arbeitsplatzumgebung, Licht, Raumklima, Möblierung/Gestaltung) Ihres Arbeitsplatzes?

sehr unzufrieden



sehr zufrieden

Fragen zu Ihrer Arbeitstätigkeit

61 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit folgenden **Merkmale** Ihrer **Arbeitstätigkeit**? (bitte in jede Zeile **ein Kreuz**)

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Vielfalt der Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitspensum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit zur Erledigung der Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad der Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einfluss auf Arbeitsabläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsplatzsicherheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lohn, Vergütung, Besoldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstiegsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsfluss im Unternehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten von Kolleginnen / Kollegen bei Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhalten von Vorgesetzten bei Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit Ihrer **Arbeitstätigkeit**?

sehr unzufrieden



sehr zufrieden

Allgemeine Fragen zum Gebäude und zum Umfeld des Gebäudes

63 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit den **Dienstleistungen** im Gebäude?
(bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Kantine / Cafeteria / Getränkeautomat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Technische Wartung / Reparaturdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reinigungsdienste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64 Wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie mit folgenden Aspekten zum **Innen- /Außenbereich** des Gebäudes? (bitte in jede Zeile **ein** Kreuz)

Innenbereich	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Lichtverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperaturverhältnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akustik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthaltsräume / Sozialräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitäre Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konferenz- / Besprechungsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bereiche für informelle Begegnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung / Beschilderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit (baulich / technisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheitshinweise im Notfall (z. B. Fluchtwege, Feuerlöscher, Erste Hilfe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit im Gebäude außerhalb der regulären Arbeitszeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Zugangskontrolle zum Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Außenbereich	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Fassadengestaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleuchtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sicherheit im Umfeld des Gebäudes (Schutz vor Übergriffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65 **Alles in allem**, wie unzufrieden bzw. zufrieden sind insgesamt mit der **Nutzerfreundlichkeit dieses Gebäudes?**

sehr unzufrieden





sehr zufrieden

- 67 Wie unwichtig bzw. wichtig sind Ihnen folgende Aspekte zur **Lage des Gebäudes** und wie unzufrieden bzw. zufrieden sind Sie jeweils mit den genannten Aspekten?
(bitte in jede Zeile **zwei Kreuze**)

	Wichtigkeit					Zufriedenheit				
	völlig unwichtig				extrem wichtig	sehr unzufrieden				sehr zufrieden
Entfernung zwischen Wohnort u. Arbeitsplatz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erreichbarkeit mit öffentl. Verkehrsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkmöglichkeiten am Gebäude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einkaufsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erholung / Spaziergänge in der Nähe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Persönliche Angaben

Abschließend bitten wir Sie noch um einige persönliche Angaben.

Ihr **Geschlecht**: weiblich männlich

Ihr **Geburtsjahr**: 19__

Welche der unten aufgeführten **Kategorie** entspricht am ehesten Ihrer **Stelle**?

Angestellte/r, und zwar ...

- mit ausführender Tätigkeit nach allgemeinen Anweisungen (z. B. Kontorist/-in, Datentypist/-in)
- mit einer qualifizierten Tätigkeit nach Anweisung (z. B. Sachbearbeiter/-in, Buchhalter/-in, technische/r Zeichner/-in)
- mit eigenständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z. B. wissenschaftl. Mitarbeiter/-in, Prokurist/-in, Abteilungsleiter/-in bzw. Meister/-in)
- mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z. B. Direktor/-in, Geschäftsführer/-in, Mitglied des Vorstandes)

Beamter/Beamtin, Richter/-in, Berufssoldat/-in, und zwar ...

- im einfachen Dienst (bis einschl. Oberamtsmeister/-in)
- im mittleren Dienst (von Assistent/-in bis einschl. Hauptsekretär/-in, Amtsinspektor/-in)
- im gehobenen Dienst (von Inspektor/-in bis einschl. Oberamtsrat/-rätin)
- im höheren Dienst, Richter/-in (von Rat/Rätin aufwärts)

Auszubildende/r

Akademiker/in in freiem Beruf (z. B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/-anwältin, Steuerberater/-in)

Selbständige/r im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung

Sonstiges: _____

Wenn wir etwas für Sie Wichtiges vergessen haben oder Sie uns zu Ihrem **Büroarbeitsplatz**, zum **Gebäude allgemein** oder zu diesem **Fragebogen** noch etwas mitteilen möchten, können Sie dies hier gerne notieren:

zum Arbeitsplatz:

zum Gebäude:

zum Fragebogen:

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!