



This document does not necessarily represent the Commission's official position

Coordinator: Cyprus Workers' Confederation (SEK)  
Participants: Department of Labor Inspection (CY), Cyprus Safety and Health Association (CY), Cyprus Employers & Industrialists Federation (CY), Arbeit und Leben (D), Odense Techniske Skole (DK), Hellenic Institute for Occupational Health and Safety (EL), Kauno Kolegija (LT), Confederatia National A Sindicatelor Libere din Romania-FRATIA (RO), Center for Advanced Technologies, Politechnic University of Bucharest (RO)

## ENTWICKLUNG VON SCHULUNGSKURSEN ZUR ABSCHÄTZUNG VON RISIKEN AM ARBEITSPLATZ "TRIA" PROJEKT

*Bitte beantworten sie die folgenden Fragen so genau wie möglich:*

Der Fragebogen wird anonym ausgefüllt; die Informationen werden ausschließlich zu Zwecken dieses Projektes verwandt.

### Fragebogen

1. In welchem der folgenden Wirtschaftsbereichen sind Sie beschäftigt:  
 Zementindustrie       Baugewerbe       Metallverarbeitung  
 Textilindustrie       Transportwesen       Kfz-Gewerbe  
 Straßendienste       Banksektor       Hotel und Gaststätten  
(Straßenmeisterei, Rettungsdienste, Verkehrswacht)  
 Gesundheitswesen
2. Alter .....      Geschlecht:     männl.       weibl.
3. Seit wie vielen Jahren arbeiten sie in Ihrem Beruf? .....
4. Bitte nennen Sie ihre Berufsbezeichnung:  
.....
5. Kennen Sie den Unterschied zwischen Gefahr und Risiko?     Ja       Nein

Wenn ja, überprüfen Sie bitte die Richtigkeit folgender Aussagen:

- a. Gefährdung ist mit einem Verletzungspotential verbunden     Richtig     Falsch
- b. Risiko birgt die Wahrscheinlichkeit der Verletzung     Richtig     Falsch
- c. Risiko ist unabhängig von den vorhandenen Sicherheitsmaßnahmen     Richtig     Falsch

6. Falls eine an ihrem Arbeitsplatz eingesetzte Substanz als gefährdend eingestuft wird, sollte welche der folgenden Maßnahmen ergriffen werden? (bitte kreisen Sie die richtige Antwort ein)
- Das Problem kann durch eine angemessene Sicherheitsausrüstung der ArbeitnehmerInnen gelöst werden
  - Das Risiko muss durch Ersatz der gefährdenden Substanz beseitigt werden
7. Wissen Sie was eine 'Risikobewertung' ist?  Ja  Nein
- Falls ja, überprüfen Sie ob diese Aussagen stimmen:
- Die 'Risikobewertung' ist eine einmalige Maßnahme  Richtig  Falsch
  - 'Risikobewertung' wird nur in der Schwerindustrie angewendet  Richtig  Falsch
  - Bei der 'Risikobewertung' ist die Einbeziehung der Beschäftigten nicht sinnvoll  Richtig  Falsch
8. Welche der folgenden Situationen schätzen Sie als gefährdend ein?
- Heben schwerer Ladungen  Ja  Nein
  - Rutschige Böden  Ja  Nein
  - Monotone Arbeit  Ja  Nein
  - Lärmbelastung durch Pressvorrichtungen  Ja  Nein
  - Flexible Arbeitszeiten  Ja  Nein
  - fest eingestellte Computer-Monitore  Ja  Nein
9. Haben Sie jemals eine Schulung zur Identifizierung und Abschätzung von Risiken an ihrem Arbeitsplatz absolviert?  Ja  Nein
- Falls ja, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:
- Wer führte die Schulung durch?  
.....
  - Wie lange dauerte die Schulung?  
 1 Tag  2-3 Tage  1 Woche  mehr als eine Woche
  - War die Schulung auf ihren speziellen Arbeitsplatz ausgerichtet (angepasste Maßnahme) oder war sie allgemein?  allgemein  angepasst

10. Gibt es schriftliche Anweisungen für  alle  einige  keine  
der Tätigkeiten an ihrem Arbeitsplatz

11. Welche der folgenden Probleme bestehen an ihrem Arbeitsplatz bei denen **keine**  
präventiven Maßnahmen ergriffen wurden? (NE bedeutet, dass das erwähnte Risiko an  
ihrem Arbeitsplatz nicht besteht))

- |                                                                   |                             |                               |                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| a. Unordentlich und dreckig                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| b. Risiko durch herunterfallende Gegenstände                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| c. Risiko durch Maschinennutzung                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| d. Risiko durch Überbelastung                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| e. Erschütterung durch Maschinen oder Werkzeug                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| f. Arbeit bei Hitze, Feuchtigkeit oder belastender Arbeitshaltung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| g. Kalter oder zugiger Arbeitsplatz                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| h. Stickiger, staubiger und ungenügend belüfteter Arbeitsplatz    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| i. Der Arbeitsplatz ist lärmbelastet                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| j. Risiko durch Kontakt mit Flüssigkeiten /-spritzer              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| k. Rauch, Gase, Gerüche, Sprühnebel                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| l. Umgehen mit schweren Lasten                                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| m. Statische Arbeitshaltung                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| n. Lange Arbeitszeiten / schlecht organisierte Schichten          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |
| o. Eintöniger Arbeitsablauf                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> NE |

12. Ist ihr Arbeitgeber ernsthaft an der Sicherheit an ihrem Arbeitsplatz interessiert?

Ja  Nein

Die Bildungsvereinigung Arbeit und Leben dankt Ihnen für die Zeit, die sich zur  
Beantwortung dieser Fragen genommen haben und wird die Ergebnisse dieses Projektes in  
die Bildungsangebote für sie einbringen.