

# Arbocatalogus pkgv-industrie

## Fysieke belasting

### Bijlage 3

### Vragenlijst klachten en zwaarte van taken

TNO-vragenlijst Quick Scan – Fysieke Belasting © TNO Arbeid

bedrijf ..... afdeling ..... plaats ..... datum ..... code .....

1. Wat is uw leeftijd? ... jaar
2. Wat is uw lichaamslengte? ... cm
3. Bent u man of vrouw? man  vrouw
4. Heeft u het afgelopen jaar last (pijn, ongemak) gehad van: Zo ja; wat was de oorzaak?

- uw nek?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- boven in de rug?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- onder in de rug?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw schouders?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw ellebogen?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw polsen?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw heupen/dijen?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw knieën?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
- uw enkels/voeten?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>	werk <input type="checkbox"/>	anders <input type="checkbox"/>
5. - Vereist uw werk veel kracht? ja  nee   
 - Vereist uw werk veel uithoudingsvermogen? ja  nee
6. Moet u in uw werk vaak lang achtereen:
 

- staan?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>
- zitten?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>
- lopen?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>
- geknield of gehurkt werken?	ja <input type="checkbox"/>	nee <input type="checkbox"/>

7. Moet u in uw werk vaak:
- zware lasten (meer dan 5 kg) tillen, duwen, trekken of dragen? ja  nee
  - zeer zware lasten (meer dan 20 kg) tillen, duwen, trekken of dragen? ja  nee
  - grote kracht uitoefenen op gereedschappen of apparaten? ja  nee
  - vele malen/minuut dezelfde bewegingen met arm, hand of vingers maken? ja  nee
8. Moet u in uw werk vaak buigen of draaien met:
- het bovenlichaam? ja  nee
  - de nek? ja  nee
  - de polsen? ja  nee
9. Moet u in uw werk vaak lang achtereen in voorovergebogen of gedraaide houding werken met:
- het bovenlichaam? ja  nee
  - de nek? ja  nee
  - de pols? ja  nee
10. Doet u de hele werkdag min of meer hetzelfde werk? ja  nee
- Verschilt uw werk van dag tot dag? ja  nee
- Rouleren de werkzaamheden steeds tussen u en uw collega's? ja  nee

11. Hoe gunstig voor uzelf vindt u de **houding** tijdens uw werk (alle taken tezamen) van uw:

	zeer gunstig	best wel gunstig	gunstig	niet zo gunstig	zeer ongunstig
- nek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bovenrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- onderrug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rechterschouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- linkerschouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rechterpols/-hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- linkerpols/-hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- heupen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Welke taken vindt u lichamelijk het meest belastend (maximaal 2)?  
Wilt u deze taken hieronder invullen en de volgende vragen erbij beantwoorden?

**TAAK 1.** Meest belastende taak:

Wat maakt deze taak belastend?

Voor welk lichaamsdeel(delen) is deze taak belastend? .....

Hoe vaak komt deze taak voor? vaak  soms  bijna nooit

Hoe kan deze taak verbeterd worden? Welke oplossingen ziet u?

**TAAK 2.** Ook belastende taak:

Wat maakt deze taak zwaar?

Voor welk lichaamsdeel(delen) is deze taak belastend? .....

Hoe vaak komt deze taak voor? vaak  soms  bijna nooit

Hoe kan deze taak verbeterd worden? Welke oplossingen ziet u?

13. Welke andere eventuele knelpunten en oplossingen ziet u in uw werk?

**knelpunten**

**mogelijke oplossingen**

1.....

2.....

3.....

4.....