



Checkliste für ihren Erstbesuch



Zu ihrer Person

Name: _____

Vorname: _____

Alter: _____

Größe: _____

Ihre Hauptbeschäftigungen am Schreibtisch



Computerarbeit: _____ in %

Schreibaarbeit: _____ in %

Telefon: _____ in %

Wie viele Stunden sitzen sie täglich am Schreibtisch?

- Weniger als 4
- Zwischen 4 und 6
- Mehr als 6

Details zu ihrem Arbeitsplatz

- Mein Schreibtisch ist höhenverstellbar
- Mein Stuhl hat Armlehnen
- Ich arbeite viel mit der Maus
- Ich arbeite an einem Notebook / Laptop
- Ich arbeite viel mit Papier
- Ich bin Brillenträger
- Gleitsichtbrille?
- Ich bin Linkshänder

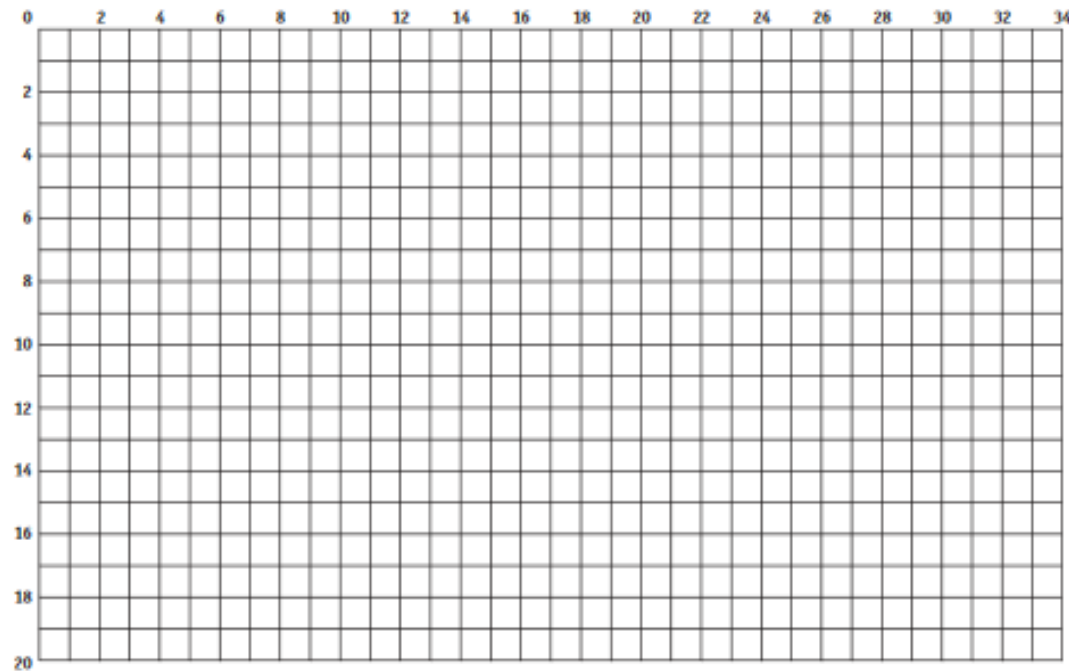
Ihre Beschwerden

- Halswirbelsäule
- Schultergelenk
- Brustwirbelsäule
- Ellenbogen
- Handgelenk
- Lendenwirbelsäule
- Kreuzbein
- Hüfte
- Knie

Sonstiges

Arbeitsplatzplanung

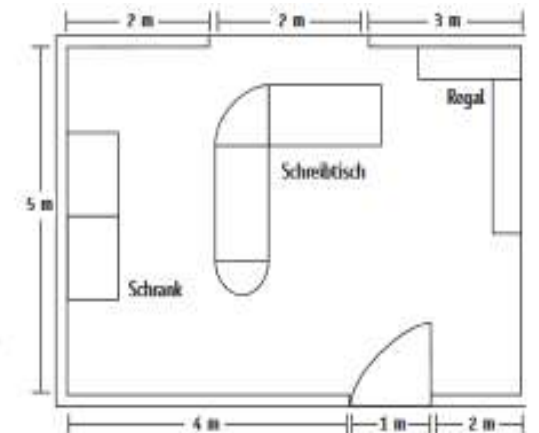
Um für Sie optimal und ergonomisch planen zu können, bitten wir um konkrete Angaben.



Maßstab 1 : 50

Sonstige Notizen:

Bitte übertragen Sie Ihre Raummaße in den Grundriß (vgl. Beispielskizze) und zeichnen Sie die Lage von Steckdosen, Lichtschaltern sowie von Heizkörpern, Fenstern und Türen ein.



Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme!



www.ergonomiepartner.de

Mit freundlicher Genehmigung von ergoweb & Rückenwohltat

<https://www.ergoweb.de/ergoweb-service/downloads>

https://www.wohltat.de/beratung_service#Downloads