# Umfragebogen Notaufnahme

Bitte umkreisen sie die für sie weitestgehend zutreffende Aussage, und/oder notieren sie ihre Antwort kurz in den vorgegebenen Feldern.

1. Wie lange arbeiten Sie schon in der Gesundheitsbranche?

1. weniger als 1 Jahr
2. zwischen 1 und 5 Jahren
3. mehr als 5 Jahre

2. Welche Rolle übernehmen sie in der Regel?

1. Krankenpfleger/-in
2. Stationsleitung
3. Medizinische Fachangestellte
4. Rettungssanitäter
5. Patiententransport
6. Andere: Wenn ja welche Rolle? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Nutzen Sie in Ihrem Arbeitsalltag einen Computer?

1. selten oder gar nicht
2. Ja, ich muss täglich den Computer ab und zu nutzen
3. Ja, ich sitze ständig am Computer

4. Wie weit unterstützt sie der Computer im Arbeitsalltag?

1. Durch den Computer bin ich effizienter
2. Der Computer macht keinen Unterschied
3. Der Computer behindert mich im Arbeitsalltag, weil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Wie stehen sie im Allgemeinen zu Computern?

1. Ich mag Computer
2. Ich mag Computer überhaupt nicht
3. Ich mag Computer mal mehr mal weniger

6. Stehen sie Veränderungen auf der Arbeit positiv entgegen?

a) Ja, ich mag Veränderungen und passe mich gerne an.

b) Nein, solange meine Meinung nach alles angemessen abläuft und ich zufrieden bin,

brauche ich auch keine Veränderungen

7. Wären Sie dazu bereit neue Software kennen zu lernen? (Auf der Arbeit)

1. Nein, ich mag es nicht mich in neue Programme einzuarbeiten
2. Ja, wenn es mich bei der Arbeit unterstützt
3. Es ist davon abhängig wie aufwendig die Einarbeitung ist.

8. Welche Computer Software nutzen sie bereits? Wie lange nutzen Sie diese ? ( z.B. Excel 5-6 Jahre)

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. Was ist ihr höchster Schulabschluss?

a) Abitur

b) Realschulabschluss  
 c) Berufsschulabschluss( z.B. Fachabitur Wirtschaft u. Verwaltung)

d) Hauptschule

e) Andere: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Leiden Sie unter einer Sehschwäche? Wenn ja welche?(Auch z.B. Farbenblindheit)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Wie alt sind Sie?

a) 18-28

b) 29-40

c) 41-55

d) über 55

12. Geschlecht

a) weiblich

b) männlich

c) Andere