**Företagshälsovård inom lantbruksbranschen**

**Basuppgifter inför verksamhetsplanering**

I formuläret ber vi er besvara frågor om basuppgifter gällande gården. Uppgifterna nyttiggörs vid planering av företagshälsovårdsverksamheten. Besvara frågorna genom att kryssa för rätt alternativ eller genom att skriftligt svara på de öppna frågorna. Returnera det ifyllda formuläret till företagshälsovården. Vi tar kontakt när vi erhållit informationen.

**Kontakt**

Datum när uppgifterna gavs:

Företagare:

Gårdens namn:

Adress:

Telefonnummer:

E-post:

**Personer som arbetar på gården och deras dagliga arbetstid**

Företagare 1:       (h/dag)

Företagare 2:

Familjemedlemmar:

Arbetstagare:

**Gårdens huvudsakliga produktionsinriktning:**

**Övriga produktionsinriktningar:**

**Djur** (Vilka djur och hur stort antal):

**Växtodling** (Vilken typ och hur många hektar):

**Binäringar på gården**:

**Arbetsutkomst utanför gården::**

**Vilka förändringar har skett på gården under de senaste åren?**

Kryssa för lämpligt alternativ.

Produktionsinriktningen har förändrats. På vilket sätt?

Gårdens areal har vuxit

Gårdens areal har minskat

Antalet djur har vuxit

Antalet djur har minskat

Nya maskiner och anläggningar/apparatur har anskaffats. Vilka då?

Produktionsutrymmen har byggts, sanerats eller utvidgats

Gården har genomgått en generationsväxling. När då?

Andra förändringar. Vilka då?

Inga betydande förändringar har skett

**I hur stor utsträckning har förändringarna påverkat arbetet på gården?**Kryssa för lämpligt alternativ för varje påstående.

Betydande Ingen Betydande

minskning förändring ökning

Arbetsmängd

Brådska

Kvalitetskrav

Bokföringsuppgifter

Rapportering

Självständighet

Ansvar

**Vilka förändringar står gården inför, eller är under planering?**

**Hur skulle du allmänt bedöma välbefinnandet i arbetet på gården?**

Arbetsvälbefinnandet   
är på en låg nivå      är bra

**Hur belastad av arbetet uppfattar du att du är just nu?**

Företagare 1:

upplever mig inte belastad      belastningen är betydande

Företagare 2:

upplever mig inte belastad      belastningen är betydande

**Vilka arbetsuppgifter uppfattar du som de mest belastande psykiskt och/eller fysiskt under året?**

**Vad skulle du själv utveckla i ditt eget arbete eller dina arbetsförhållanden?**

**I vilka arbetsskeden uppfattar du att det förekommer exponering eller belastande skeden som du uppfattar är skadliga för din hälsa.**

Psykisk belastning

Fysiskt tungt arbete, repetitiva arbetsrörelser, besvärliga arbetsställningar el. dyl.

Risk för olycksfall

Damm (foder, strö, djur, mögel, mark, avgaser)

Gas (slam, foder/ensilage)

Kemikalier (tvätt- och desinficeringsmedel, konserveringsmedel, växtskyddsmedel, olja, bränsle)

Buller och/eller vibration

Annan typ av belastning i ditt arbete och dina arbetsförhållanden

**Hälsningar till och förväntningar du har på företagshälsovården**