

Antragsstellung muss mindestens 6 Monate vor gewünschtem Veranstaltungstermin erfolgen

## Antrag zur Unterstützung von Gesundheitstagen

→ Bitte füllen Sie den folgenden Antrag aus, damit wir überprüfen können, ob der geplante Gesundheitstag durch den GUVH / die LUKN unterstützt werden kann. Den ausgefüllten Antrag senden Sie bitte per E-Mail an [praevention@guvh.de](mailto:praevention@guvh.de)

Ansprechperson	Gewünschtes Datum des Gesundheitstages
Institution (ggf. Fachbereich)	Uhrzeit
Adresse:	Teilnehmende Personenanzahl
E-Mail:	Telefon:

Welche thematischen Schwerpunkte haben Sie für den geplanten Gesundheitstag gesetzt?

Die thematische Ausrichtung erfolgte auf Grundlage einer: (Mehrfachantworten sind möglich)

- Gefährdungsbeurteilung
- Mitarbeiterbefragung
- Begehung
- Unfallstatistik
- Sonstiges:

Welche Ziele möchten Sie mit dem Gesundheitstag erreichen? (ggf. auch konkrete Kennzahlen)

Wer ist an der Planung des Gesundheitstages beteiligt? (Mehrfachantworten sind möglich)

- |  |   |                                      |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsleitung/Führungskraft  | <input type="checkbox"/> Bürgermeister/in         | <input type="checkbox"/> Personalrat |
| <input type="checkbox"/> Fachkraft für Arbeitssicherheit | <input type="checkbox"/> Sicherheitsbeauftragte/r | <input type="checkbox"/> Steuerkreis |
| <input type="checkbox"/> Betriebsarzt/-ärztin            | <input type="checkbox"/> Weitere Personen:        |                                      |

**Wird der Gesundheitstag aktiv von der Geschäftsleitung / Bürgermeister/in und von Führungskräften unterstützt?**

- ja, wie?  
 nein

**Die Mitarbeitenden werden zum Gesundheitstag wie folgt informiert:** (Mehrfachantworten sind möglich)

- E-Mail  Intranet  
 Flyer  persönliche Ansprache durch:  
 Plakate/Aushänge  persönliche Einladung durch:  
 Weiteres:

**Wird der Gesundheitstag ausgewertet?**

- ja, wie?  
 nein

**Welche (max.) 3 GUVH/LUKN-Module sollen an Ihrem Gesundheitstag zum Einsatz kommen?**

- Hautschutz (Dermalux-Gerät)  Sprungwaage  EarBox (Mobile Hörstation)  
 Bewegungsparcours  Heben und Tragen  Alterssimulationsanzug (GERT)  
 Tipps für das Verhalten im Straßenverkehr (Fahrradsimulator, computerunterstützter Reaktionstest, Konditionstraining)

**Zu welchen weiteren Themen wünschen Sie sich noch Unterstützung?**

**Welche weiteren Maßnahmen bieten Sie Ihren Mitarbeitenden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung an?**  
(z. B. Angebote zur Bewegung, Entspannung, gesunde Ernährung)

- keine weiteren Maßnahmen  
 ja, folgende

**Existiert ein betriebliches Gesundheitsmanagement?**

(Systematische betriebliche Strukturen und Prozesse, die das Ziel haben, die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten)

- ja  
 nein  Wenn nein, wünschen Sie sich dazu eine Beratung?  
 ja  nein

- 
- Ich stimme zu, dass meine Angaben aus dem Formular zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Ihre Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft per E-Mail widerrufen. Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung.

*Der GUVH/die LUKN unterstützen Sie gern im Rahmen der vorhandenen Mittel sowie der personellen Möglichkeiten. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.*

FORMULAR  
ABSENDEN