

KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL
Egységes Lakossági Adatfelvételi Rendszer
Munkaerő-felmérés és kiegészítő felvételei
MUNKABALESETEK ÉS A MUNKÁVAL KAPCSOLATOS
EGÉSZSÉGGÁROSODÁSOK
2007. II. negyedév

.....
város, község

A Megye:

B Terület:

C A számlálókörzet száma:

D A lakás sorszáma:

E A háztartás sorszáma:

F A kikérdezés dátuma: 0 7

G Az összeíró kódja:

H A személy sorszáma a háztartásban:

I A válaszoló sorszáma

AZ ADATSZOLGÁLTATÁS NEM KÖTELEZŐ! AZ ADATGYŰJTÉS STATISZTIKAI CÉLRA TÖRTÉNIK! NYILVÁNTARTÁSI SZÁM: 1539/07

1. **Az alábbiak közül melyik állítás igaz a megkérdezettre?**

(A Gazdasági aktivitási kérdőív alapján az összeíró tölti ki!)

jelenleg dolgozik, van jövedelmet biztosító munkája (1)

jelenleg nem dolgozik, de az elmúlt 12 hónapban volt rendszeres, jövedelmet biztosító munkája (2)

több mint 12 hónapja volt utoljára rendszeres, jövedelmet biztosító munkája (3) → TOVÁBB A 7. KÉRDÉSRE

sohasem volt rendszeres, jövedelmet biztosító munkája (4) → VÉGE A KIKÉRDEZÉSNEK

MUNKABALESETEK, MUNKAVÉGZÉSSEL ÖSSZEFÜGGŐ SÉRÜLÉSEK

2. **Szenvedett balesetet, sérülést a munkahelyén vagy munkavégzése során az elmúlt 12 hónapban?**

igen (1)

nem (2) → TOVÁBB A 7. KÉRDÉSRE

A MUNKAHELYRE, ILLETVE A MUNKAHELYRŐL TÖRTÉNŐ KÖZLEKEDÉS SORÁN ELSZENVEDETT BALESETET KÉRJÜK NE VEGYE FIGYELEMBE!

3. **Az elszenvedett balesetek, sérülések száma:**

(a beírható balesetek száma maximum 8)

AMENNYIBEN EGYNÉL TÖBB MUNKABALESETE, SÉRÜLÉSE VOLT AZ ELMŰLT 12 HÓNAPBAN, ÚGY A TOVÁBBIKBAN A LEGÜTÖBB ELSZENVEDETTRE VONATKOZÓAN KÉRJÜK AZ INFORMÁCIÓKAT.

4. **Milyen jellegű volt a munkabalesete, sérülése?**

közlekedési baleset volt (1)

egyéb munkahelyi baleset, sérülés volt (2)

5. **Mely munkájához kapcsolódóan, milyen munkahelyen történt a munkabaleset, sérülés?**

A/ jelenlegi fő munkájában (1)

utolsó munkájában (ami nem azonos az egy évvel ezelőttivel, és jelenleg nincs munkahelye) (2) TOVÁBB A 6. KÉRDÉSRE

jelenlegi második munkájában (3)

az egy évvel ezelőtti munkájában (4)

egyéb munkához kapcsolódóan (5)

B/ A munkahely megnevezése és fő tevékenysége, ahol a baleset történt:

..... TEÁOR

C/ Foglalkozás (a baleset idején) rövid leírása: FEOR

6. **A balesetet, sérülést követően mikor vált munkaképesé?** NAPTÁRI NAPOKBAN SZÁMOLVA!

még nem dolgozik, mert még nem épült fel a balesetből, de várhatóan visszatér majd a munkájához (1)

sohasem fog többet dolgozni a baleset következményeként (2)

a baleset napján (3)

a balesetet követő napon (4)

2 nap múlva (5)

3 nap múlva (6)

4 nap múlva (7)

több mint 4 nap múlva, de két héten belül (8)

2 hét múlva, illetve később, de 1 hónapon belül (9)

1 hónap múlva, illetve később, de 3 hónapon belül (10)

3 hónap múlva, illetve később, de 6 hónapon belül (11)

6 hónap múlva, illetve később, de 9 hónapon belül (12)

9 hónap múlva, illetve később (13)

MUNKÁVAL KAPCSOLATOS EGÉSZSÉGGÁROSODÁSOK

7.	<p>Az elmúlt 12 hónap során volt-e olyan egészségi problémája, melyről úgy gondolja, hogy azt a jelenlegi, vagy a korábbi munkavégzés feltételei, körülményei okozták, illetve már korábban meglévő panaszait súlyosbították? (A munkabalesettel összefüggő egészségi problémákat nem kell itt feltüntetni!)</p> <p>igen (1) <input type="checkbox"/> nem (2) <input type="checkbox"/> TOVÁBB A 13. KÉRDÉSRE <input type="checkbox"/></p>																								
8.	<p>Az alábbiakban felsorolt egészségi problémák közül jelölje igennel azokat, melyeket Ön szerint az elmúlt 12 hónap során a munkavégzés feltételei, körülményei okozták, illetve már korábban meglévő panaszait súlyosbították:</p> <p style="text-align: right;">MINDEN SORBA KÉRÜNK VÁLASZT <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 40%;">csont-, ízületi, illetve izompanasz, mely:</td> <td style="width: 20%;">igen (1), nem (2)</td> <td style="width: 40%;">igen (1), nem (2)</td> </tr> <tr> <td>- főképp a nyakat, vállat, karokat érinti (1)</td> <td>(1) <input type="checkbox"/></td> <td>fejfájás, látásprobléma, egyéb szembetegség (8) (8) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- főképp a csípőt, lábat, lábfejet érinti (2)</td> <td>(2) <input type="checkbox"/></td> <td>szívbetegség, szívroham, keringésrendszer-probléma / megbetegedés (9) (9) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>- főképp a hátat érinti (3)</td> <td>(3) <input type="checkbox"/></td> <td>vírusos, bakteriális, illetve egyéb fertőzőes megbetegedés (10) (10) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>légzőszervi panasz / megbetegedés (4)</td> <td>(4) <input type="checkbox"/></td> <td>egyéb panasz, megbetegedés (11) (11) <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>bőrprobléma / megbetegedés (5)</td> <td>(5) <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>hallásprobléma / halláscsatorna megbetegedés (6)</td> <td>(6) <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>depresszió, szorongás, stressz (7)</td> <td>(7) <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	csont-, ízületi, illetve izompanasz, mely:	igen (1), nem (2)	igen (1), nem (2)	- főképp a nyakat, vállat, karokat érinti (1)	(1) <input type="checkbox"/>	fejfájás, látásprobléma, egyéb szembetegség (8) (8) <input type="checkbox"/>	- főképp a csípőt, lábat, lábfejet érinti (2)	(2) <input type="checkbox"/>	szívbetegség, szívroham, keringésrendszer-probléma / megbetegedés (9) (9) <input type="checkbox"/>	- főképp a hátat érinti (3)	(3) <input type="checkbox"/>	vírusos, bakteriális, illetve egyéb fertőzőes megbetegedés (10) (10) <input type="checkbox"/>	légzőszervi panasz / megbetegedés (4)	(4) <input type="checkbox"/>	egyéb panasz, megbetegedés (11) (11) <input type="checkbox"/>	bőrprobléma / megbetegedés (5)	(5) <input type="checkbox"/>		hallásprobléma / halláscsatorna megbetegedés (6)	(6) <input type="checkbox"/>		depresszió, szorongás, stressz (7)	(7) <input type="checkbox"/>	
csont-, ízületi, illetve izompanasz, mely:	igen (1), nem (2)	igen (1), nem (2)																							
- főképp a nyakat, vállat, karokat érinti (1)	(1) <input type="checkbox"/>	fejfájás, látásprobléma, egyéb szembetegség (8) (8) <input type="checkbox"/>																							
- főképp a csípőt, lábat, lábfejet érinti (2)	(2) <input type="checkbox"/>	szívbetegség, szívroham, keringésrendszer-probléma / megbetegedés (9) (9) <input type="checkbox"/>																							
- főképp a hátat érinti (3)	(3) <input type="checkbox"/>	vírusos, bakteriális, illetve egyéb fertőzőes megbetegedés (10) (10) <input type="checkbox"/>																							
légzőszervi panasz / megbetegedés (4)	(4) <input type="checkbox"/>	egyéb panasz, megbetegedés (11) (11) <input type="checkbox"/>																							
bőrprobléma / megbetegedés (5)	(5) <input type="checkbox"/>																								
hallásprobléma / halláscsatorna megbetegedés (6)	(6) <input type="checkbox"/>																								
depresszió, szorongás, stressz (7)	(7) <input type="checkbox"/>																								
9.	<p>Kérjük jelölje a 8. pontban említett problémák közül az Ön által legsúlyosabbnak ítéltet. <input type="checkbox"/></p>																								
10.	<p>Korlátozza Önt szokásos, mindennapi tevékenységében a legsúlyosabbnak vélt probléma, megbetegedés?</p> <p>igen, néhány dologban (1) igen, jelentős mértékben (2) nem (3) <input type="checkbox"/></p>																								
11.	<p>A/ Volt-e távol munkájától az említett probléma, megbetegedés miatt az elmúlt 12 hónap során?</p> <p>igen, és a kiesett napok száma: A NAPOKAT NAPTÁRI NAPBAN SZÁMOLVA! <input type="checkbox"/></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>kevesebb mint egy nap (1)</td> <td>legalább 1 hónap, de 3 hónapnál kevesebb (5)</td> </tr> <tr> <td>1–3 nap között (2)</td> <td>legalább 3 hónap, de 6 hónapnál kevesebb (6)</td> </tr> <tr> <td>legalább 4 nap, de 2 hétnél kevesebb (3)</td> <td>legalább 6 hónap, de 9 hónapnál kevesebb (7)</td> </tr> <tr> <td>legalább 2 hét, de 1 hónapnál kevesebb (4)</td> <td>legalább 9 hónap, de legfeljebb 12 hónap (8)</td> </tr> </table> <p>nem,</p> <p>nem hiányzott egy napot sem munkahelyéről az említett probléma, megbetegedés miatt (9) <input type="checkbox"/></p> <p>nem dolgozott az elmúlt 12 hónapban, de nem az említett megbetegedés miatt (10) <input type="checkbox"/></p> <p>B/ Az említett probléma, megbetegedés akadályozza Önt a munkavállalásban?</p> <p>igen, és többé nem tud munkát vállalni (1) igen, de a jövőben tud munkát vállalni (2) nem (3) B <input type="checkbox"/></p>	kevesebb mint egy nap (1)	legalább 1 hónap, de 3 hónapnál kevesebb (5)	1–3 nap között (2)	legalább 3 hónap, de 6 hónapnál kevesebb (6)	legalább 4 nap, de 2 hétnél kevesebb (3)	legalább 6 hónap, de 9 hónapnál kevesebb (7)	legalább 2 hét, de 1 hónapnál kevesebb (4)	legalább 9 hónap, de legfeljebb 12 hónap (8)																
kevesebb mint egy nap (1)	legalább 1 hónap, de 3 hónapnál kevesebb (5)																								
1–3 nap között (2)	legalább 3 hónap, de 6 hónapnál kevesebb (6)																								
legalább 4 nap, de 2 hétnél kevesebb (3)	legalább 6 hónap, de 9 hónapnál kevesebb (7)																								
legalább 2 hét, de 1 hónapnál kevesebb (4)	legalább 9 hónap, de legfeljebb 12 hónap (8)																								
12.	<p>Mely munkája, munkahelye játszott leginkább szerepet az említett panasz, megbetegedés kialakulásában, súlyosbodásában?</p> <p>A/ jelenlegi fő munkája (1) <input type="checkbox"/> TOVÁBB A 13. KÉRDÉSRE</p> <p>utolsó munkája, mely 8 éven belül szűnt meg (és nem azonos az egy évvel ezelőttivel) (2) <input type="checkbox"/> TOVÁBB A 15. KÉRDÉSRE</p> <p>jelenlegi második munkája (3) <input type="checkbox"/></p> <p>az egy évvel ezelőtti munkája (4) <input type="checkbox"/></p> <p>egyéb munkája (5) <input type="checkbox"/></p> <p>B/ A munkahely megnevezése és fő tevékenysége, ahol az egészségügyi probléma kialakult:</p> <p>..... TEÁOR <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>C/ Foglalkozás (az egészségügyi probléma kialakulásakor) rövid leírása: FEOR <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">AMENNYIBEN JELENLEG NINCS JÖVEDELMEZT BIZTOSÍTÓ MUNKÁJA (AZ 1. KÉRDÉSRE "2-3" A VÁLASZ), TOVÁBB A 15. KÉRDÉSRE.</p>																								
13.	<p>Jelentős mértékben van kitéve munkahelyén olyan hatásoknak, melyek fizikai panaszok, megbetegedések kialakulásával veszélyeztetik? A LEGFONTOSABBAT JELÖLJE! <input type="checkbox"/></p> <p>igen, elsősorban kémiai anyagok, por, füst, gázok miatt (1) <input type="checkbox"/></p> <p>igen, elsősorban rezgés- és zajártalom miatt (2) <input type="checkbox"/></p> <p>igen, elsősorban kedvezőtlen, kényesztartás és -mozdulat miatt (3) <input type="checkbox"/></p> <p>igen, elsősorban balesetveszély miatt (4) <input type="checkbox"/></p> <p>nem (5) <input type="checkbox"/></p>																								
14.	<p>Jelentős mértékben van kitéve munkahelyén olyan hatásoknak, melyek szellemileg, lelkileg hátrányosan érintik? A LEGFONTOSABBAT JELÖLJE! <input type="checkbox"/></p> <p>igen, és ez elsősorban zaklatás, lelki megfélemlítés formájában nyilvánul meg (1) <input type="checkbox"/></p> <p>igen, és ez elsősorban tettegességben, erőszakban, illetve az ezekkel való fenyegetőzésben, vagy ezektől való félelemben nyilvánul meg (2) <input type="checkbox"/></p> <p>igen, és ez elsősorban a túl szoros határidőkben, a túlságosan sok elvégzendő munka mennyiségében nyilvánul meg (3) <input type="checkbox"/></p> <p>nem (4) <input type="checkbox"/></p>																								
15.	<p>A kérdőív kitöltésére fordított idő (percben) perc <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>																								

<p align="center">HUNGARIAN CENTRAL STATISTICAL OFFICE Unified System of Household Surveys LABOUR FORCE SURVEY AND ITS SUPPLEMENTARY SURVEYS</p> <p align="center">ACCIDENTS AT WORK AND WORK-RELATED HEALTH PROBLEMS II Quarter, 2007</p> <p align="center">..... town, village</p> <p>DATA SUPPLY IS NOT COMPULSORY</p>	A	County:				
	B	Region:				
	C	District:				
	D	Sequence number of dwelling				
	E	Sequence number of household				
	F	Date of interview (yr., m., d.)		0	7	
	G	Code of interviewer				
	H	Person's code in the household				
	I	Sequence number of respondent				
			Registration code: 1539/07/02			

1. **Which statement apply to the respondent?**
(This question is filled in by the interviewer based on the Economic Activity Questionnaire!)

- works at present, has job or business (1)
- doesn't work, but had job or business in the last 12 months (2)
- has regular job or business since more than 12 months (3) → **GO TO Q7**
- has never had a regular job/business (4) → **END OF QUESTIONNAIRE**

WORKPLACE ACCIDENTS, WORK RELATED INJURIES

2. **Have you suffered an accident or injury at your workplace or during work in the last 12 months?**

- yes (1)
- no (2) → **GO TO Q7**

3. **Number of accidents, injuries suffered:**
(the number of accidents may be 8 at the most)

IF THE PERSON HAD MORE THAN ONE ACCIDENT, INJURY AT WORK IN THE LAST 12 MONTHS, IN THE FOLLOWING WE ASK FOR INFORMATION ABOUT THE MOST RECENT ONE SUFFERED.

4. **What was the type of the accidental injury?**

- road traffic accident (1)
- other type of injury (2)

PLEASE DO NOT TAKE INTO ACCOUNT INJURIES SUFFERED DURING COMMUTING TO OR FROM THE WORKPLACE.

5. **Which job were you doing when the accidental injury happened?**

A/

- main current job (1)
- last job (which is not the same as the one held a year before, and currently has no workplace) (2) → **GO TO Q6**
- second current job (3)
- job one year ago (4)
- some other job (5)

B/ Economic activity of the local unit of the establishment of the job where the accident happened:
..... HSIC (first 3 digits)

C/ Brief description of occupation (at the time of the accident at work): HSCO

6. **What was the date you were able to start to work again after the last accidental injury?** **COUNTED IN CALENDAR DAYS!**

- not working yet because she/he hasn't recovered from the accident yet but probably will go back to her/his job (01)
- will never work again because of accident (02)
- the same day as the accident (03)
- the day after the accident (04)
- the 2nd day after the accident (05)
- the 3rd day after the accident (06)
- the 4th day after the accident (07)
- from the 5th day but before 2 weeks after the accident (08)
- from 2 weeks but before 1 month after the accident (09)
- from 1 month but before 3 months after the accident (10)
- from 3 months but before 6 months after the accident (11)
- from 6 months but before 9 months after the accident (12)
- 9 months or later after the accident (13)

WORK-RELATED HEALTH PROBLEMS

7.	<p>Have you had any health problems in the last 12 months, which you think was caused or made worse by your current or previous working conditions, circumstances? <i>(Apart from health complaints related to accidents at work.)</i></p> <p>– yes (1) —————→ GO TO Q13 <input type="checkbox"/></p> <p>– no (2)</p>			
8.	<p>Please mark "yes" among the following health complaints those, which in the last 12 months were caused or made worse by your current or previous working conditions, circumstances:</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">FILL IN ALL OF THE ROWS BELOW.</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> – bone, joint or muscle problem which: mainly affects neck, shoulder, arms (1) mainly affects hips, legs, feet (2) mainly affects back (3) – breathing or lung complaint/illness (4) – skin problem (5) – hearing problem (6) – stress, depression or anxiety (7) </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: top;"> yes (1) – no (2) (1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> – headache and/or eyestrain (8) (8) <input type="checkbox"/> – heart disease or attack, or other problems in the circulatory system (9) (9) <input type="checkbox"/> – infectious disease (virus, bacteria or other type of infection) (10) (10) <input type="checkbox"/> – other type of complaint (11) (11) <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	– bone, joint or muscle problem which: mainly affects neck, shoulder, arms (1) mainly affects hips, legs, feet (2) mainly affects back (3) – breathing or lung complaint/illness (4) – skin problem (5) – hearing problem (6) – stress, depression or anxiety (7)	yes (1) – no (2) (1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	– headache and/or eyestrain (8) (8) <input type="checkbox"/> – heart disease or attack, or other problems in the circulatory system (9) (9) <input type="checkbox"/> – infectious disease (virus, bacteria or other type of infection) (10) (10) <input type="checkbox"/> – other type of complaint (11) (11) <input type="checkbox"/>
– bone, joint or muscle problem which: mainly affects neck, shoulder, arms (1) mainly affects hips, legs, feet (2) mainly affects back (3) – breathing or lung complaint/illness (4) – skin problem (5) – hearing problem (6) – stress, depression or anxiety (7)	yes (1) – no (2) (1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (2) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (3) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (4) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (5) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (6) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (7) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	– headache and/or eyestrain (8) (8) <input type="checkbox"/> – heart disease or attack, or other problems in the circulatory system (9) (9) <input type="checkbox"/> – infectious disease (virus, bacteria or other type of infection) (10) (10) <input type="checkbox"/> – other type of complaint (11) (11) <input type="checkbox"/>		
9.	<p>Please designate the problem deemed most serious by you among the problems listed in question 8. <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>			
10.	<p>Does the most serious problem, illness restrict you in your everyday activities?</p> <p>– yes, to some extent (1) – yes, considerably (2) – no (3) <input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;"> IF THE PERSON DIDN'T WORK IN THE LAST 12 MONTHS (ANSWER TO Q1 WAS (3)), BUT CAUSED BY A NON-WORK RELATED PROBLEM. GO TO Q12. </div>			
11.	<p>Have you had days off work due to the above mentioned most serious complaint caused or made worse by work in the last 12 months:</p> <p>A/ Yes</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> – less than 1 day (01) – 1 to 3 days (02) – at least 4 days but less than 2 weeks (03) – at least 2 weeks but less than 1 month (04) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> – at least 1 month but less than 3 months (05) – at least 3 months but less than 6 months (06) – at least 6 months but less than 9 months (07) – 9 months or more (08) </td> </tr> </table> <p>No time off work (09) The person has not been working during the past 12 months, but for reasons not related to the complaint caused or made worse by work (10) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>B/ Does the most serious problem, illness restrict you at work?</p> <p>– yes, and expects never to do paid work again (1) – yes, but she/he is able to work (2) – no (3) <input type="checkbox"/></p>	– less than 1 day (01) – 1 to 3 days (02) – at least 4 days but less than 2 weeks (03) – at least 2 weeks but less than 1 month (04)	– at least 1 month but less than 3 months (05) – at least 3 months but less than 6 months (06) – at least 6 months but less than 9 months (07) – 9 months or more (08)	
– less than 1 day (01) – 1 to 3 days (02) – at least 4 days but less than 2 weeks (03) – at least 2 weeks but less than 1 month (04)	– at least 1 month but less than 3 months (05) – at least 3 months but less than 6 months (06) – at least 6 months but less than 9 months (07) – 9 months or more (08)			
12.	<p>Which job caused the above mentioned most serious complaint?</p> <p>A/</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> – main current job (1) —————→ GO TO Q13 – last job (which is not the same as the one held a year before, and currently has no workplace) (2) —————→ GO TO Q15 – second current job (3) – job one year ago (4) – some other job (5) <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>B/ Economic activity of the local unit of the establishment of the job where the accident happened: HSIC (first 3 digits) <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>C/ Brief description of occupation (at the time of the accident at work): HSCO <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center; margin-top: 5px;"> IF THE PERSON HASN'T WORK FOR PAY OR PROFIT (ANSWER TO Q1 WAS (2) OR (3))GO TO Q15 </div>	– main current job (1) —————→ GO TO Q13 – last job (which is not the same as the one held a year before, and currently has no workplace) (2) —————→ GO TO Q15 – second current job (3) – job one year ago (4) – some other job (5) <input type="checkbox"/>		
– main current job (1) —————→ GO TO Q13 – last job (which is not the same as the one held a year before, and currently has no workplace) (2) —————→ GO TO Q15 – second current job (3) – job one year ago (4) – some other job (5) <input type="checkbox"/>				
13.	<p>At your workplace are you exposed to a significant degree to selected factors that can adversely affect your physical health? MARK PRIMARY REASON</p> <p>– yes, mainly to chemicals, dusts, smoke, gases (1) – yes, mainly to vibration and noise injury (2) – yes, mainly to difficult work postures, work movements or the handling of heavy loads (3) – yes, mainly to the risk of accidents (4) – no (5) <input type="checkbox"/></p>			
14.	<p>At your workplace are you exposed to a significant degree to selected factors that can adversely affect your mental, psychological well-being? MARK PRIMARY REASON</p> <p>– yes, mainly to harassment or bullying (1) – yes, mainly to violence or the threat of violence (2) – yes, mainly to time pressure or overload of work (3) – no (4) <input type="checkbox"/></p>			