

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person	
Fragen zu Arbeitsunfällen							
130 Für Personen, die gegenwärtig erwerbstätig sind oder in den letzten 12 Monaten erwerbstätig waren: → Bitte weiter mit 131 Für alle übrigen Personen: → Befragungsende. Vielen Dank!							
freiwillig	131	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen oder mehrere Arbeitsunfälle ?					
		Ja, einen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		Ja, mehrere	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		Nein.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Bitte weiter mit 136 ←							
freiwillig	132	Konnten Sie Ihre Arbeit mittlerweile wieder aufnehmen ?					
		Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		Nein.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen können	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Bitte weiter mit 134 ←							
freiwillig	133	Nach wie vielen Tagen, Wochen, Monaten konnten Sie die Arbeit wieder aufnehmen ?					
		Keine Ausfallzeit bzw. am selben Tag die Arbeit wieder aufgenommen	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01
		Am Tag nach dem Unfall	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02
		Zwischen dem 2. und vor dem 5. Tag	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03
		Zwischen dem 5. Tag und vor Ablauf von 2 Wochen	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04
		Zwischen 2 Wochen und vor Ablauf 1 Monats	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05
		Zwischen 1 Monat und vor Ablauf des 3. Monats	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06
		Zwischen 3 Monaten und vor Ablauf des 6. Monats	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07
		Zwischen 6 Monaten und vor Ablauf des 9. Monats	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08
		9 Monate nach dem Unfall oder später	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09
	Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	
freiwillig	134	Auf welcher Arbeitsstelle passierte der (letzte) Arbeitsunfall? Die Antworten 3 und 4 können sich auf dieselbe Arbeitsstelle beziehen. Bitte kreuzen Sie dann die Antwort 3 an.					
		Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der gegenwärtigen Hauptarbeitsstelle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der gegenwärtigen Nebenarbeitsstelle	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der Arbeitsstelle, die ich früher ausgeübt und zu der ich Angaben bei den Fragen 28-33 gemacht habe	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
		Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der Arbeitsstelle, die ich vor 12 Monaten ausgeübt und zu der ich Angaben bei den Fragen 118-120 gemacht habe	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
		Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf einer anderen Arbeitsstelle	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
		Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
freiwillig	135	Handelte es sich bei dem (letzten) Arbeitsunfall um einen Unfall im Straßenverkehr (ohne Wegeunfall)?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Fragen zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (nicht Arbeitsunfälle)						
freiwillig	136	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme ?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
freiwillig	137	Welche der folgenden Beschwerden ist bzw. war für Sie die schwerwiegendste ?				
		Knochen-, Gelenk- oder Muskelbeschwerden:				
		<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01
		<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02
		<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04
		<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05
		<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06
		<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07
		<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08
		<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09
		<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
		<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
		<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99
freiwillig	138	Sind Sie durch dieses schwerwiegendste, arbeitsbedingte Gesundheitsproblem bei der Arbeit oder im Privatleben eingeschränkt ?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
freiwillig	139	Wie viele Arbeitstage konnten Sie in den letzten 12 Monaten deshalb nicht arbeiten ?				
		Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an.....				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freiwillig	140	Auf welcher Arbeitsstelle wurde das Gesundheitsproblem verursacht oder verschlimmert es sich? Die Antworten 3 und 4 können sich auf dieselbe Arbeitsstelle beziehen. Bitte kreuzen Sie dann die Antwort 3 an.				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Belastende Faktoren bei der Arbeit						
freiwillig	141	Sind Sie bei Ihrer Arbeit psychisch belastenden Faktoren ausgesetzt, die sich negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Falls ja, kreuzen Sie bitte nur den Hauptgrund an.				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
freiwillig	142	Sind Sie bei Ihrer Arbeit physisch belastenden Faktoren ausgesetzt, die sich negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Falls ja, kreuzen Sie bitte nur den Hauptgrund an.				
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!						