

ARBETSFÖRHÅLLANDEN

	Ja, oftast (1)	Ja, ibland (2)	Nej, sällan (3)	Nej, aldrig (4)
1 Uppfattar du dina arbetsuppgifter som engagerande och stimulerande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Har du för mycket att göra i ditt arbete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Har du möjlighet att påverka dina arbetsförhållanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Får du hjälp av dina arbetskamrater när du har problem i arbetet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Är du orolig för att din arbetssituation ska förändras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TIDIGARE/NUVARANDE SJUKDOMAR/BESVÄR

	Ja (1)	Nej (2)	Om Ja, under det senaste året?	
			Ja (1)	Nej (2)
6-7 Har du haft eller har du astmatiska besvär?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-9 Har du haft eller har du hösnuva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10-11 Har du haft eller har du andra allergiska besvär från ögon eller näsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12-13 Har du haft eller har du eksem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUVARANDE BESVÄR

	Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om Ja, tror du att detta beror på din arbetsmiljö?		
				Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
14-15 Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16-17 Tung i huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18-19 Huvudvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-21 Illamående/yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22-23 Koncentrationssvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24-25 Klåda, sveda, irritation i ögonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26-27 Irriterad, täppt eller rinnande näsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28-29 Heshet, halstorrhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30-31 Hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32-33 Torr eller rodnad hud i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34-35 Fjällning/klåda i hårbotten/öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36-37 Torr, kliande, rodnad hud på händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38-39 Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NUVARANDE BESVÄR

Har du under de senaste 3 månaderna		Ja, ofta (varje vecka) (1)	Ja, ibland (2)	Nej, aldrig (3)	Om Ja, tror du att detta beror på din arbetsmiljö?		
					Ja (1)	Nej (2)	Vet ej (3)
1-2	känt dig stressad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	varit lättirriterad för småsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	haft sömnsvårigheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBETSMILJÖN ALLMÄNT

Hur upplever du den inre miljön vad gäller:		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
7	allmänintryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	kontakt med yttre miljö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	färgsättning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	lokalutrymmen i allmänhet	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	personalutrymmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TEMPERATURFÖRHÅLLANDENA

Vad anser du om temperaturförhållandena på arbetsplatsen?		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabla (3)	dåliga (4)	mycket dåliga (5)
12		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Om problem med temperaturen: (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	1 alltför kallt under vintern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	1 alltför kallt andra tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	1 alltför varmt under sommaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	1 alltför varmt andra tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	1 varierar över dygnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 varierar mellan olika lokaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BULLER

Vad anser du om bullersituationen på arbetsplatsen i allmänhet?		mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
19		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Om problem med buller: (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	1 ventilationen stör	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	1 buller utifrån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1 buller från utrustning/apparatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V.g. vänd ➡

LUFTKVALITETEN

	mycket bra (1)	bra (2)	acceptabel (3)	dålig (4)	mycket dålig (5)
1 Vad anser du om luftkvaliteten på arbetsplatsen i allmänhet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Finns lokaler med dålig luftkvalitet ?	<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Nej			
	Om Ja , ange vilka:				
3 Om problem med luftkvaliteten:	<input type="checkbox"/> 1 sämre på nätter/tidiga morgnar				
4 (flera alternativ möjliga)	<input type="checkbox"/> 1 sämre på eftermiddagar				
5	<input type="checkbox"/> 1 olika i olika lokaler				
6	<input type="checkbox"/> 1 vädringsmöjligheter saknas				
7	<input type="checkbox"/> 1 lukt från tobaksrök				
8	<input type="checkbox"/> 1 lukt från bilavgaser				
9	<input type="checkbox"/> 1 lukt från avlopp/fekalier				
10	<input type="checkbox"/> 1 lukt från kemikalier (desinfektionsmedel o dyl)				
11	<input type="checkbox"/> 1 lukt från parfymer o dyl				
12	<input type="checkbox"/> 1 matos				
13	<input type="checkbox"/> 1 mögellukt				
14	<input type="checkbox"/> 1 annat, vad:				

YTTERLIGARE KOMMENTARER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

TACK FÖR HJÄLPEN!