

2005

Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

VOOR WERKNEMERS



Beloning voor uw deelname!

Onder de deelnemers aan de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden worden 2.500 prijzen ter waarde van € 25,- verloten. De winnaars ontvangen naar keuze een staatslot of Iris-cheque. U maakt een kans van circa één op tien om deze te winnen!

Invullen via internet ook mogelijk: www.tno.nl/nea2005





Algemene informatie

- Invultijd: circa 20 minuten
- Gegevens blijven anoniem
- Meedoen kan tot 10 december 2005

Invullen via internet?

- Ga naar www.tno.nl/nea2005
- Voer uw inlogcode in (*zie achterzijde vragenlijst*)

Schriftelijk invullen?

- Gebruik een balpen
- Zet in het hokje van uw keuze een kruisje
- Corrigeren: maak het foute hokje zwart en zet een kruisje in het goede hokje
- Bij invullen van getallen s.v.p. niet buiten de hokjes schrijven
- Na afloop kunt u de voorkant van de vragenlijst afscheuren/afknippen langs de perforatielijn
- Retourneer de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolp (postzegel niet nodig)

1 Persoonsgegevens

Wat is uw geslacht?

- Vrouw
 Man

Wat is uw geboortejaar?

19

Wat is de hoogste opleiding die u heeft voltooid?

- Geen opleiding gevolgd/afgemaakt
 Basisonderwijs
 MAVO
 Voorbereidend beroepsonderwijs
 HAVO/VWO
 Middelbaar beroepsonderwijs
 Hoger beroepsonderwijs
 Wetenschappelijk onderwijs

Hoe is uw huishouden samengesteld?

- Gehuwd of samenwonend *zonder* thuiswonende kinderen
 Gehuwd of samenwonend *met* thuiswonende kinderen
 Eénouder-huishouden
 Alleenstaand
 Anders

Hoeveel uren per dag besteedt u gemiddeld aan huishoudelijke taken en zorgtaken?

uur per dag

Alle volgende vragen hebben betrekking op het werk waaraan u gemiddeld de meeste tijd besteedt!

2 Uw huidige werkring

Wat is de aard van uw werkring?

- Werknemer met vast dienstverband (voor onbepaalde tijd)
 Werknemer met tijdelijk dienstverband met uitzicht op een vaste aanstelling
 Werknemer met tijdelijk dienstverband voor bepaalde tijd
 Uitzendkracht
 Oproepkracht/invakkracht
 Werkzaam via WSW (Wet Sociale Werkvoorziening)

Wat is de omvang van uw dienstverband?

uren per week (volgens contract)

Op hoeveel dagen in de week werkt u doorgaans?
(Dus: over hoeveel dagen worden de gewerkte uren per week verspreid?)

dagen in de week

Werkt u over, dat wil zeggen meer uren dan contractueel zijn vastgelegd?

- Ja, structureel
 Ja, incidenteel
 Nee, nooit *sla de volgende vraag over*

Zo ja, hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week?
(Het gaat zowel om betaald als onbetaald overwerk. Reistijd niet meetellen, thuis overwerk wel meetellen.)

uren per week

Hoeveel van uw normale betaalde arbeid verricht u gemiddeld thuis? *(overwerk niet meetellen)*

uren per week

Werkt u in ploegendienst?

Heeft u het afgelopen jaar 's avonds of 's nachts gewerkt?

Heeft u het afgelopen jaar in het weekend gewerkt?

Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
<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"/>

Hoeveel personen werken er ongeveer in uw bedrijf of instelling? (als uw bedrijf meer dan één vestiging heeft, geef dan alleen het aantal werknemers aan van de vestiging waar u werkt)

<input type="checkbox"/> 1 tot en met 4	<input type="checkbox"/> 100 tot en met 499
<input type="checkbox"/> 5 tot en met 9	<input type="checkbox"/> 500 tot en met 999
<input type="checkbox"/> 10 tot en met 49	<input type="checkbox"/> 1000 of meer
<input type="checkbox"/> 50 tot en met 99	

3 Uw beroep

Kunt u aangeven in welke categorie uw beroep of functie het beste past?

Ambachtelijke en industriële beroepen, namelijk:

- Schilders
- Loodgieters, fitters, lassers, plaat- en constructiewerkers, e.d.
- Metselaars, timmerlieden en andere bouwvakkers
- Drukkers en verwante functies
- Voedingsmiddelen- en drankenbereiders
- Kleermakers, kostuumnaaisters, stoffeerders, confectie-medewerkers, e.d.
- Elektromonteurs, reparateurs van elektrische apparaten
- Machine-bankwerker-monteurs, instrumentmakers, reparateurs van machines, e.d.
- Overige ambachtelijke en industriële beroepen

Transportberoepen, namelijk:

- Buschauffeurs, treinbestuurders, zeelieden, e.d.
- Vrachtwagenchauffeurs
- Laders, lossers, inpakkers, grondwerk- en kraanmachinisten, e.d.
- Overige transportberoepen

Administratieve beroepen, namelijk:

- Secretaressen, typisten, e.d.
- Boekhouders, kassiers, e.d.
- Postdistributiepersoneel
- Overige administratieve beroepen

Commerciële beroepen, namelijk:

- Vertegenwoordigers, handelsagenten
- Winkeliers, winkelbedienden en andere verkopers
- Verzekeringsagenten, makelaars, tussenpersonen, e.d.
- Overige commerciële beroepen

Dienstverlenende beroepen, namelijk:

- Koks, kelners, buffetbedienden
- Huisbewaarders, schoonmaakpersoneel (in gebouwen e.d.)
- Politiepersoneel, brandweer, bewakers, e.d.
- Kappers, schoonheidsspecialisten
- Overige dienstverlenende functies

Gezondheidszorg- en hulpverleningsberoepen, namelijk:

- Geneeskundigen, tandartsen, dierenartsen
- Verpleegkundigen, ziekenverzorgenden
- Bejaardenverzorger, kinderverzorger, gezinshulp, alphahulp, e.d.
- Overige gezondheidszorgberoepen

Leerkrachten/docenten, namelijk:

- Docenten basisonderwijs
- Docenten voortgezet onderwijs
- Docenten hoger onderwijs
- Overige onderwijsberoepen

(Vak-)specialisten, namelijk:

- Architecten, ingenieurs en verwante technici, tekenaars, e.d.
- Statistici, wiskundigen, systeemanalisten, ICT-functies en verwante vakspecialisten
- Kunstenaars
- Overige vakspecialisten

Agrarische beroepen, namelijk:

- Akkerbouwers
- Veehouders, pluimveehouders
- Tuinbouwers, bollenkwekers, boomkwekers, hoveniers, e.d.
- Vissers, viskwekers, jagers, e.d.
- Overige agrarische beroepen

Leidinggevende functies

Overige beroepen

4 Uw bedrijf

Bij wat voor soort bedrijf of instelling bent u werkzaam?
(max. 40 letters)

.....

.....

Kunt u aangeven in welke van onderstaande categorieën uw bedrijf of instelling het beste past?

Industrie, namelijk:

- Voeding- en genotmiddelenindustrie
- Aardolie- en chemische industrie
- Metaalproductenindustrie
- Metaal- en elektronische industrie
- Machine-industrie
- Ander type industrie

Bouwnijverheid, namelijk:

- Bouwbedrijven
- Bouwinstallatiebedrijven
- Afwerking van gebouwen
- Ander type bouwbedrijf

Handel, namelijk:

- Autohandel en -reparatie
- Groothandel machines en apparaten
- Warenhuizen en supermarkten
- Ander type groot- en detailhandel

Vervoer en Communicatie, namelijk:

- Wegvervoer (exclusief openbaar vervoer)
- Post en telecommunicatie
- Ander type vervoer en communicatie

Financiële instellingen, namelijk:

- Bankwezen
- Ander type financiële instellingen

Zakelijke dienstverlening, namelijk:

- Computerservice en informatietechnologie
- Juridische en economische dienstverlening
- Architecten- en ingenieursbureaus
- Ander type zakelijke dienstverlening

Onderwijs, namelijk:

- Basis- en speciaal onderwijs
- Voortgezet onderwijs
- Hoger onderwijs
- Ander type onderwijs

Gezondheids- en Welzijnszorg, namelijk:

- Ziekenhuizen
- Ander type gezondheidszorg
- Verpleeg- en bejaardentehuizen
- Ander type welzijnszorg

Openbaar bestuur/Overheid, namelijk:

- Gemeenten, provincies
- Ministeries
- Justitie (exclusief het ministerie zelf)
- Politie
- Ander type openbaar bestuur/overheid

Overige dienstverlening, namelijk:

- Cultuur, sport en recreatie
- Ander type cultuur en overige dienstverlening

Landbouw, bosbouw en visserij

Energie- en waterleidingbedrijven

Horeca

Overige bedrijven

Was u vóór oktober 2003 werkzaam in een
ander bedrijf of instelling?

- Ja
- Nee

5 Werktempo

- Moet u erg snel werken?
- Heeft u te veel werk te doen?
- Moet u extra hard werken om iets af te krijgen?
- Werkt u onder tijdsdruk?
- Moet u zich haasten?
- Kunt u uw werk op uw gemak doen?
- Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden?
- Heeft u te weinig werk?
- Heeft u problemen met het werktempo?
- Heeft u problemen met de werkdruk?
- Zou u het kalmer aan willen doen in uw werk?

Altijd	Vaak	Soms	Nooit
<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"/>	<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"/>

- Moet u in een hoog tempo werken?
- Moet u onder hoge tijdsdruk werken?

Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Zelfstandigheid in het werk

- Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert?
- Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden?
- Kunt u zelf uw werktempo regelen?
- Moet u in uw werk zelf oplossingen bedenken om bepaalde dingen te doen?
- Kunt u verlof opnemen wanneer u dat wilt?

Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
<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"/>

7 Emotioneel zwaar werk

- Is uw werk emotioneel zwaar?
- Wordt u in uw werk met dingen geconfronteerd die u persoonlijk raken?
- Wordt er door anderen een persoonlijk beroep op u gedaan in uw werk?
- Voelt u zich persoonlijk aangevallen of bedreigd in uw werk?
- Heeft u in uw werk contacten met lastige klanten of patiënten?
- Moet u voor uw werk mensen kunnen overtuigen of overreden?
- Komt u door uw werk in aangrijpende situaties terecht?

Altijd	Vaak	Soms	Nooit
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Kracht zetten en tillen tijdens het werk

- Doet u werk waarbij u veel kracht moet zetten, bijvoorbeeld bij tillen, duwen, trekken, sjouwen, of gebruikt u in uw werk gereedschappen en apparaten waarbij u veel kracht moet zetten?

Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moet u in uw werk lasten van meer dan 5 kg:

- tillen?
- duwen of trekken?
- dragen?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<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"/>

Moet u in uw werk zeer zware lasten van meer dan 25 kg:

- tillen?
- duwen of trekken?
- dragen?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<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"/>

Moet u in uw werk tillen:

- in een ongemakkelijke houding?
- met de last ver van het lichaam?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9 Trillingen

Heeft u in het werk trillend(e) gereedschap of apparaten in uw handen?

Maakt u bij uw werk gebruik van een heftruck, bulldozer, tractor, grasmaaier waarop u zit of staat of een dergelijk voertuig dat trilt of schudt?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 Lichaamshouding

Moet u in uw werk lang achtereen in voorovergebogen of gedraaide houding werken met:

- uw bovenlichaam?
- uw hoofd/nek?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moet u in uw werk:

- langdurig in dezelfde houding werken?
- uw armen geheven houden?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Moet u in uw werk lang achtereen:

- staan?
- geknield of gehurkt werken?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 Repeterende bewegingen

Moet u in uw werk vele malen per minuut dezelfde bewegingen maken met:

- uw arm(en)?
- uw hand(en)/pols(en)?
- uw vinger(s)?

(Heel) vaak	Regelmatig	Soms	Zelden/ nooit
<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"/>

12 Geluid

Is er op uw werkplek zoveel lawaai, dat u hard moet praten om u verstaanbaar te maken?

Ja, regelmatig Ja, soms Nee

Gebruikt u bij uw werk gehoorbeschermers, zoals oorkappen of oordopjes?

13 Beeldschermwerk

Hoeveel uur *per dag* werkt u gemiddeld aan een beeldscherm voor uw werk (*inclusief laptop, notebook en thuiswerk*)?

uur per dag

Hoeveel uur *per week* zit u gemiddeld aan een beeldscherm voor privé-doeleinden?

uur per week

14 Gevaarlijk werk & vuil werk

a) Moet u gevaarlijk werk doen?

Ja, regelmatig
 Ja, soms
 Nee *Ga naar 14c*

b) Wat is het belangrijkste gevaar dat u loopt tijdens uw werk? (*meerdere antwoorden mogelijk*)

Vallen van hoogte Ongeluk met gevaarlijke stoffen
 Struikelen, uitglijden Confrontatie met geweld
 Bekneld raken Verbranden
 Snijden, steken Anders
 Botsen, aanrijding

c) Vinden uw werkzaamheden plaats hoger dan 2,5 meter boven het vloeroppervlak? (*dus op een ladder, steiger, etc.*)

Nooit Soms Vaak Altijd

d) Hoe vaak werkt u met machines die behoren tot één van de volgende categorieën:

- hijs- en hefwerktuigen?
- elektrisch handgereedschap?
- machines voor intern transport?

Nooit Soms Vaak Altijd

e) Doet u vuil werk, dat wil zeggen werk waarbij u vuile handen, kleren en haren krijgt of vuile stoffen inademt?

Ja, regelmatig Ja, soms Nee

f) Is er stank in uw werkomgeving?

15 Agressie & discriminatie

Kunt u aangeven in welke mate u *de afgelopen 12 maanden* persoonlijk te maken heeft gehad met:

- ongewenste seksuele aandacht van klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)?
- ongewenste seksuele aandacht van chefs of collega's?
- intimidatie door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)?
- intimidatie door chefs of collega's?

Nee, nooit Ja, een enkele keer Ja, vaak Ja, zeer vaak

- lichamelijk geweld door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)?
- lichamelijk geweld door chefs of collega's?
- pesten door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)?
- pesten door chefs of collega's?

Nee, nooit	Ja, een enkele keer	Ja, vaak	Ja, zeer vaak
<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"/>

Heeft u *de afgelopen 12 maanden* ten gevolge van agressie en geweld in uw werk:

- wel eens verzuimd van uw werk?
- langer dan 4 weken verzuimd van uw werk?
- wel eens minder goed gefunctioneerd in uw werk?
- langer dan 4 weken minder goed gefunctioneerd in uw werk?

Nee	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Komt er op uw werk discriminatie voor naar sekse?
 Komt er op uw werk discriminatie voor naar huidskleur?
 Komt er op uw werk discriminatie voor naar geloofsovertuiging?

Ja, regelmatig	Ja, soms	Nee
<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"/>

Komt het voor dat u alleen (*zonder collega's*) op uw werkplek bent?

Zo ja, voelt u zich hierbij onveilig?

Nee, nooit	Ja, een enkele keer	Ja, vaak	Ja, zeer vaak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16 Een arbeidsongeval meegemaakt?

Bent u in *de afgelopen 12 maanden* tijdens het werk betrokken geweest bij een ongeval of voorval, waardoor u lichamelijk letsel of geestelijke schade heeft opgelopen?

Ja, één keer
 Ja, meerdere keren, namelijk: keer
 Nee *Ga naar 17*

Welk soort letsel heeft u hierbij opgelopen?
(in geval van meerdere ongevallen: het meest recente)

Lichamelijk letsel
 Geestelijke schade
 Beide

Heeft u verzuimd als gevolg van dit ongeval?

Ja, en ik ben nog steeds niet aan het werk
 Ja, maar ik ben inmiddels weer aan het werk
 Nee *Ga naar 17*

Hoe lang heeft u verzuimd als gevolg van het ongeval?
(tel alle dagen van begin tot eind van het verzuim: ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen)

0 dagen
 1, 2 of 3 dagen
 4 dagen tot 2 weken
 2 weken tot 1 maand
 1 maand tot 6 maanden
 Langer dan 6 maanden

17 Gevaarlijke stoffen

Werkt u met stoffen die zijn voorzien van een etiket dat wijst op mogelijk gevaar?



(Bijna) dagelijks	Ongeveer eens per week	Ongeveer eens per maand	Zelden of nooit
<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"/>

	(Bijna) voortdurend	Vaak	Soms	Zelden of nooit
Hoe vaak komt uw huid <i>tijdens een werkdag</i> in contact met water of waterige oplossingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krijgt u tijdens uw werk de volgende stoffen op uw huid?	(Bijna) dagelijks	Ongeveer eens per week	Ongeveer eens per maand	Zelden of nooit
• Lijmen/harsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Verf/lak/vernis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Metaalbewerkingsvloeistoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schoonmaak- of desinfectiemiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anaesthetica, cytostatica, geneesmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bestrijdingsmiddelen (tegen onkruid, insecten, schimmels of ongedierte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ademt u tijdens uw werk de volgende stoffen in?	(Bijna) dagelijks	Ongeveer eens per week	Ongeveer eens per maand	Zelden of nooit
• Damp van oplosmiddelen (als in verf, lijm, inkt of brandstoffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Uitlaatgassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Lasrook	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Graan-, meel- of houtstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Stof van steen, beton of cement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Maatregelen tegen gevaarlijke stoffen

Zijn er op uw werkplek maatregelen getroffen om de blootstelling aan gevaarlijke stoffen (zie boven) te beperken? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geen gevaarlijke stoffen, dus niet nodig | <input type="checkbox"/> Ja, afzuiginstallaties |
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, gesloten systemen |
| | <input type="checkbox"/> Ja, afgeschermd werkplek (cabines) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, persoonlijke beschermingsmiddelen (mondkapjes, maskers, handschoenen) |
| | <input type="checkbox"/> Ja, vervanging van gevaarlijke stoffen door minder schadelijke alternatieven |
| | <input type="checkbox"/> Ja, anders |

19 Maatregelen tegen werkdruk en RSI

Zijn de afgelopen 12 maanden de volgende maatregelen genomen in uw bedrijf?

- | | Ja, voldoende | Ja, maar onvoldoende | Nee, maar wel nodig | Nee, maar ook niet nodig |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Heeft u voorlichting gehad over het omgaan met werkdruk en stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is uw werklast beperkt (bijvoorbeeld door minder of ander werk)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u toestemming gekregen om uw werk beter af te stemmen op uw privé-situatie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u hulp gekregen in het omgaan met conflicten, intimidatie of agressie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is er aandacht besteed aan klachten die ontstonden door werkdruk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Heeft u voorlichting gekregen over RSI en wat u kunt doen om de kans op RSI te verminderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Is uw takenpakket veranderd om de kans op RSI te verminderen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- Zijn uw werk- of pauzetijden aangepast om de kans op RSI te verminderen?
- Is de inrichting van uw werkplek aangepast aan uw lengte of uw taken, zodat u in een goede werkhouding kunt werken?

Ja, voldoende	Ja, maar onvoldoende	Nee, maar nog nodig	Nee, maar ook niet nodig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20 Bedrijfsveiligheid

Wilt u s.v.p. aangeven of u het eens of oneens bent met onderstaande stellingen:

- Op mijn werk wordt er goed geluisterd naar suggesties van medewerkers om de veiligheid te verbeteren
- Op mijn werk krijgen de medewerkers veel informatie over veilig werken
- Op mijn werk worden veiligheidsproblemen snel aangepakt
- Op mijn werk wordt veilig werken gestimuleerd

Helemaal mee eens	Grotendeels mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
<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"/>

21 Benodigde ARBO-maatregelen

Acht u het *wenselijk* dat uw bedrijf of instelling (aanvullende) maatregelen neemt ten aanzien van de volgende zaken:

- Werkdruk, werkstress
- Emotioneel zwaar werk
- RSI
- Lichamelijk zwaar werk
- Geluid
- Roken door collega's of klanten
- Intimidatie, agressie of geweld door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)
- Intimidatie, agressie of geweld door leidinggevende(n) of collega's
- Gevaarlijke stoffen
- Veiligheid, bedrijfsongevallen

Ja, zeer nodig	Ja, enigszins nodig	Nee, niet nodig
<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"/>	<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"/>

22 Uw gezondheid

Wat vindt u, over het algemeen genomen, van uw gezondheid?

<input type="checkbox"/> Uitstekend	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Zeer goed	<input type="checkbox"/> Matig	

23 Uw herstelbehoefte na het werk

- Ik vind het moeilijk om me te ontspannen aan het einde van de werkdag
- Aan het einde van een werkdag ben ik echt op mijn baan maakt dat ik me aan het eind van een werkdag nogal uitgeput voel
- Na het avondeten voel ik me meestal nog vrij fit
- Ik kom meestal pas op een tweede vrije dag tot rust
- Het kost mij moeite om me te concentreren in mijn vrije uren na het werk

Ja	Nee
<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"/>



Ik kan weinig belangstelling opbrengen voor andere mensen,
wanneer ikzelf net thuis ben gekomen
Het kost mij over het algemeen meer dan een uur voordat ik
helemaal hersteld ben na mijn werk
Als ik thuiskom, moeten ze mij even met rust laten
Het komt vaak voor dat ik, na een werkdag door vermoeidheid
niet meer toekom aan andere bezigheden
Het komt voor dat ik tijdens het laatste deel van de werkdag,
door vermoeidheid mijn werk niet meer zo goed kan doen

Ja	Nee
<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"/>

24 Problemen met uw nek, schouders, armen, e.d.

Had u *de afgelopen drie maanden* in uw nek, schouders,
armen, polsen, handen en/of vingers:

- een ongemakkelijk gevoel
- een stijf gevoel
- een duidelijk aanwijsbare pijnlijke plek
- een pijnlijk gevoel zonder uitstraling
- een pijnlijk gevoel met uitstraling op diverse plekken
- klachten op meerdere plekken
- tintelingen
- een doof gevoel
- krachtsverlies
- roodheid
- zwellingen
- een branderig of gloeiend gevoel

Altijd	Vaak	Soms	Nooit
<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"/>	<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"/>

Kwamen de volgende situaties gedurende *de afgelopen drie maanden vóór*, door klachten over uw nek, schouders,
armen, polsen, handen en/of vingers:

- moest mijn werk onderbreken
- moest mijn werk laten liggen
- moest mijn werkdag voortijdig beëindigen
- kon gedurende een halve werkdag mijn normale taken niet uitvoeren
- moest me ziek melden

Altijd	Vaak	Soms	Nooit
<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"/>

25 Doorwerken tot uw 65^e?

Wilt u tot uw 65^e werkzaam blijven?
Denkt u in staat te zijn uw huidige werk tot uw 65^e
levensjaar voort te zetten?
Zou lichter werk (lichamelijk en/of geestelijk) ertoe
kunnen bijdragen dat u uw werk langer voortzet?

Ja	Nee	Weet niet
<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"/>

26 Verzuimbeleid van uw bedrijf

Bent u door uw werkgever schriftelijk of mondeling op
de hoogte gesteld van wat u moet doen als u ziek bent?
(bijvoorbeeld bij wie u zich ziek moet melden)

Ja	Nee	Weet niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Is het onderwerp ziekteverzuim en begeleiding van zieke werknemers wel eens besproken in een werkoverleg?

Ja	Nee	Weet niet
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27 Uw ziekteverzuim tijdens de afgelopen 12 maanden

Onder verzuim wordt verstaan: minder uren of dagen werken dan normaal en wel wegens ziekte, ongeval of een andere gezondheidsreden. Normaal zwangerschapsverlof wordt niet als ziekteverzuim opgevat.

Heeft u de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd?

Ja
 Nee [Ga naar 28](#)

Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden verzuimd?

keer

Hoeveel werkdagen heeft u, alles bij elkaar, de afgelopen 12 maanden naar schatting verzuimd? (tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken; ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken telt als verzuim)

dagen

28 Uw laatste verzuimgeval (eventueel van langer dan een jaar geleden)

a) Met wat voor soort klachten heeft u de laatste keer verzuimd? (kruis alléén de belangrijkste klacht aan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rugklachten | <input type="checkbox"/> Klachten luchtwegen |
| <input type="checkbox"/> Klachten nek, schouders, armen, polsen, handen | <input type="checkbox"/> Klachten buik, maag of darmen |
| <input type="checkbox"/> Klachten heup, benen, knieën, voeten | <input type="checkbox"/> Huidklachten |
| <input type="checkbox"/> Klachten hart- en vaatstelsel | <input type="checkbox"/> Klachten oren of ogen |
| <input type="checkbox"/> Psychische klachten, overspannenheid, burnout | <input type="checkbox"/> Griep of verkoudheid |
| <input type="checkbox"/> Vermoeidheid of concentratieproblemen | <input type="checkbox"/> Hoofdpijn |
| <input type="checkbox"/> Conflict op het werk | <input type="checkbox"/> Overige klachten |
| | <input type="checkbox"/> N.v.t., nog nooit verzuimd Ga naar 31 |

b) Hoeveel werkdagen heeft u deze laatste keer verzuimd? (tel alleen de dagen waarop u normaal gesproken zou werken; ook gedeeltelijk ziekteverzuim en therapeutisch werken telt als verzuim)

dagen

c) Heeft u de indruk dat deze klachten het gevolg waren van het werk dat u deed?

Ja, hoofdzakelijk gevolg van mijn werk
 Ja, voor een deel gevolg van mijn werk [Ga naar 28e](#)
 Nee, geen gevolg van mijn werk [Ga naar 28e](#)
 Weet niet [Ga naar 28e](#)

d) Zo ja, wat was naar uw mening de belangrijkste reden in het werk die (geheel of voor een deel) leidde tot het ontstaan van deze klachten? (kruis alléén de belangrijkste reden aan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werkdruk, werkstress | <input type="checkbox"/> Problemen met leiding, werkgever |
| <input type="checkbox"/> Emotioneel te zwaar | <input type="checkbox"/> Problemen met collega's of ondergeschikten |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijk te zwaar | <input type="checkbox"/> Problemen met klanten (patiënten, leerlingen of passagiers) |
| <input type="checkbox"/> Langdurig dezelfde handelingen verrichten, langdurig achter computer werken | <input type="checkbox"/> Gevaarlijk werk/bedrijfsongeval |
| <input type="checkbox"/> Te moeilijk werk | <input type="checkbox"/> Gevaarlijke stoffen |
| | <input type="checkbox"/> Anders |

e) Heeft er, *de laatste keer dat u verzuimde*, verzuimcontrole plaatsgevonden door uw werkgever, arbodienst of andere organisatie? (*bijvoorbeeld: huisbezoek, oproep, telefonisch contact of schriftelijk contact, zoals een formulier 'eigen verklaring'*)

- Ja
 Nee

f) Heeft u, *tijdens uw laatste verzuim*, contact gehad met uw huisarts of een specialist?

- Ja
 Nee [Ga naar 29](#)

g) Zo ja, vroeg de huisarts of specialist of uw verzuim misschien te maken had met uw werk?

- Ja
 Nee

29 Langer dan 8 weken ziek geweest?

Heeft u tijdens *de afgelopen 12 maanden* meer dan 8 weken aan één stuk verzuimd, of bent op dit moment langer dan 8 weken ziek?

- Ja
 Nee [Ga naar 30](#)

Zo ja, is er tijdens *de eerste 8 weken* na de betreffende ziekmelding een zogenaamd 'Plan van aanpak' opgesteld? (*in het Plan van aanpak staan afspraken tussen u en uw werkgever rond de hervatting van uw werk*)

- Ja
 Nee [Ga naar 30](#)
 Weet ik niet [Ga naar 30](#)

Zo ja, was u betrokken bij het opstellen van dit plan van aanpak?

- Ja
 Nee

30 ARBO-dienstverlening

Heeft u *de afgelopen 12 maanden* in verband met uw ziekteverzuim contact gehad met een medewerker van de arbodienst of een andere organisatie voor verzuimbegeleiding? (*bijvoorbeeld een bedrijfsarts/arbo-arts of een verpleegkundige*)

- Ja
 Nee [Ga naar 31](#)

Hoeveel weken na de ziekmelding heeft u voor het eerst contact gehad met een medewerker van de arbodienst? (*of een andere organisatie voor verzuimbegeleiding*)

weken na ziekmelding

Heeft de bedrijfsarts (arbo-arts) u doorverwezen naar een andere hulpverlener, begeleider of behandelaar? (*indien u vaker bent doorverwezen, kruis dan de laatste doorverwijzing aan*)

- N.v.t., geen contact gehad met bedrijfsarts [Ga naar 31](#)
 Nee [Ga naar 31](#)
 Ja, huisarts
 Ja, medisch specialist
 Ja, fysiotherapeut
 Ja, psychiater, psycholoog, (bedrijfs-)maatschappelijk werk
 Ja, overig

Hoelang duurde het (*vanaf de doorverwijzing*) voordat u bij deze andere hulpverlener, begeleider of behandelaar terecht kon?

weken na doorverwijzing

Vindt u dat u snel genoeg terecht kon bij de andere hulpverlener, begeleider of behandelaar?

- Ja
 Nee

31 Heeft u een chronische ziekte of aandoening?

a) Heeft u één of meer van de volgende langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps, en zo ja kunt u aangeven welke?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nee <i>Ga naar 31c</i> | <input type="checkbox"/> Suikerziekte |
| <input type="checkbox"/> Problemen met armen of handen (ook artritis, reuma, RSI) | <input type="checkbox"/> Ernstige huidziekten |
| <input type="checkbox"/> Problemen met benen of voeten (ook artritis, reuma) | <input type="checkbox"/> Psychische klachten/aandoeningen |
| <input type="checkbox"/> Problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, RSI) | <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen |
| <input type="checkbox"/> Migraine of ernstige hoofdpijn | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekten | <input type="checkbox"/> Levensbedreigende ziekten (b.v. kanker, AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Astma, bronchitis, emfyseem | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Maag- of darmstoornissen | |

b) Wordt u door uw ziekte, aandoening of handicap belemmerd bij het uitvoeren van uw werk?

- Niet belemmerd
 Licht belemmerd
 Sterk belemmerd

c) Zijn er – in verband met uw gezondheid – de afgelopen 12 maanden aanpassingen verricht in uw werkplek of uw werkzaamheden?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, in functie of takenpakket |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hulpmiddelen of meubilair | <input type="checkbox"/> Ja, in opleiding of omscholing |
| <input type="checkbox"/> Ja, in werktijden | <input type="checkbox"/> Ja, in toegankelijkheid tot het gebouw |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hoeveelheid werk | <input type="checkbox"/> Ja, anderszins |

d) Zijn er volgens u (verdere) aanpassingen nodig in uw werkplek of uw werkzaamheden in verband met uw gezondheid?
(meerdere antwoorden mogelijk)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, in functie of takenpakket |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hulpmiddelen of meubilair | <input type="checkbox"/> Ja, in opleiding of omscholing |
| <input type="checkbox"/> Ja, in werktijden | <input type="checkbox"/> Ja, in toegankelijkheid tot het gebouw |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hoeveelheid werk | <input type="checkbox"/> Ja, anderszins |

32 Arbeidsongeschiktheid

Ontvangt u een arbeidsongeschiktheidsuitkering?

- Ja
 Nee *Ga naar 33*

Zo ja, voor hoeveel procent bent u arbeidsongeschikt verklaard?

- Tot 35%
 Van 35% tot 80%
 80% of meer (volledig arbeidsongeschikt)

33 Alleen voor vrouwen: zwangerschap en werken

Bent u in de afgelopen 2 jaar zwanger geweest of bent u momenteel zwanger?

- Ja
 Nee *Ga naar 34*

Bent u door uw werkgever geïnformeerd over risico's op het werk in verband met de zwangerschap (zoals zwaar tillen, veel staan, wisseldiensten en blootstelling aan chemische stoffen of straling)?

- Ja
 Nee

Zijn uw werkzaamheden aangepast (bijvoorbeeld in de vorm van extra rustpauzes) naar aanleiding van risico's bij zwangerschap?

- Ja
 Nee

34 Ontwikkeling & beloning

Ik heb de gelegenheid om mij te ontplooiën in het werk
 Het werk sluit goed aan bij mijn opleiding en/of ervaring
 De promotiekansen zijn goed
 De beloning is goed

Helemaal mee eens	Grotendeels mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
<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"/>

35 Werk & thuis

Mist of verwaarloost u familie- of gezinsactiviteiten door uw werk?
 Mist of verwaarloost u uw werkzaamheden door familie- en gezinsverantwoordelijkheden?

Nee, nooit	Ja, een enkele keer	Ja, vaak	Ja, zeer vaak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36 Slot

In hoeverre bent u, alles bij elkaar genomen, tevreden met uw arbeidsomstandigheden?

<input type="checkbox"/> Zeer ontevreden	<input type="checkbox"/> Tevreden
<input type="checkbox"/> Ontevreden	<input type="checkbox"/> Zeer tevreden
<input type="checkbox"/> Niet ontevreden/ niet tevreden	

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Onder de deelnemers aan de Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden 2005 worden 2.500 prijzen ter waarde van € 25,- verloot.

Wilt u meedoen aan deze verloting?

Ja

Nee

Indien u in de prijzen valt, wilt u dan een:

staatslot van € 25,-

Iris-cheque van € 25,-

Uw inlogcode voor het invullen via internet: