



# Nationale Enquête Arbeidsomstandigheden

#### **Voor wie is deze vragenlijst bedoeld?**

Voor alle werknemers in loondienst. Indien u niet in loondienst werkt of u bent zelfstandige, kunt u de vragenlijst door iemand anders in uw huishouden laten invullen.

#### **Beloning voor uw deelname!**

Voor het invullen krijgt u een cadeaubon van € 7,50. Voor deelname via internet bedraagt de vergoeding € 10,=

#### **Hoe de schriftelijke vragenlijst in te vullen?**

Gebruik een balpen. Zet in het hokje van uw keuze een kruisje (wordt met een machine gelezen). Corrigeren: maak het foute hokje zwart en zet een kruisje in het goede hokje. Bij het invullen van getallen s.v.p. niet buiten de hokjes schrijven.

#### **Invullen via Internet is heel eenvoudig!**

Bezoek: [www.online.intomartgfk.nl/nea](http://www.online.intomartgfk.nl/nea). Voer uw unieke wachtwoord in:

## 1. PERSOONSgegevens

- 1.1 Wat is uw geslacht?  Vrouw  Man
- 
- 1.2 Wat is uw geboortjaar? 19
- 
- 1.3 Wat is de hoogste opleiding die u heeft voltooid?
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen opleiding gevolgd/afgemaakt     | <input type="checkbox"/> HAVO/VWO                    |
| <input type="checkbox"/> Basisonderwijs                       | <input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs |
| <input type="checkbox"/> MAVO                                 | <input type="checkbox"/> Hoger beroepsonderwijs      |
| <input type="checkbox"/> Voorbereidend/lager beroepsonderwijs | <input type="checkbox"/> Wetenschappelijk onderwijs  |
- 
- 1.4 Hoe is uw huishouden samengesteld?
- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehuwd of samenwonend <b>zonder</b> thuiswonende kinderen | <input type="checkbox"/> Alleenstaand |
| <input type="checkbox"/> Gehuwd of samenwonend <b>met</b> thuiswonende kinderen    | <input type="checkbox"/> Anders       |
| <input type="checkbox"/> Eénouder-huishouden                                       |                                       |
- 
- 1.5 Hoeveel uren per dag besteedt u gemiddeld aan huishoudelijke taken en zorgtaken?   uur per dag

## 2. UW HUIDIGE WERKKRING

*Alle volgende vragen hebben **alleén** betrekking op uw belangrijkste werkring, d.w.z. de werkring waaraan u gemiddeld de meeste uren besteedt!*

- 2.1 Wat is de aard van uw werkring?
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Werknemer met vast dienstverband (voor onbepaalde tijd)                     | <input type="checkbox"/> Uitzendkracht |
| <input type="checkbox"/> Werknemer met tijdelijk dienstverband met uitzicht op een vaste aanstelling | <input type="checkbox"/> Oproepkracht  |
| <input type="checkbox"/> Werknemer met tijdelijk dienstverband voor bepaalde tijd                    |  |
- 
- 2.2 Wat is de omvang van uw dienstverband?   uren per week (volgens contract)
- 
- 2.3 Op hoeveel dagen in de week werkt u doorgaans? (Dus: over hoeveel dagen worden de gewerkte uren per week verspreid?)  dagen in de week
- 
- 2.4 Werkt u over, dat wil zeggen meer uren dan contractueel zijn vastgelegd?
- |  |                    |
|--|--------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, structureel |                    |
| <input type="checkbox"/> ja, incidenteel |                    |
| <input type="checkbox"/> nee, nooit      | <b>Ga naar 2.6</b> |
- 
- 2.5 Zo ja, hoeveel overuren maakt u gemiddeld per week? (Het gaat zowel om betaald als onbetaald overwerk. Reistijd niet meetellen, thuisoverwerk wel meetellen.)   uren per week
- 
- 2.6 Hoeveel van uw normale betaalde arbeid verricht u gemiddeld thuis? (overwerk niet meetellen)   uren per week

**2.7 Hoeveel personen werken er ongeveer in uw bedrijf of instelling?***(Als het 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 werknemers of meer |
| <input type="checkbox"/> 50 tot en met 99 |  |

**3. UW BEROEP****3.1 Kunt u aangeven in welke categorie uw beroep of functie het beste past?****Ambachtelijke/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.
- Postdistributie personeel
- Overige administratieve beroepen

**Commerciële beroepen, namelijk:**

- Vertegenwoordigers, handelsagenten
- Winkeliers, winkelbedienden en andere verkopers
- Verzekeringsagenten, makelaars, tussenpersonen, e.d.
- Zelfstandige groot- of detailhandelaar
- 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, alpha hulp, etc.

**Leerkrachten/docenten, namelijk:**

- Docenten basisonderwijs
- Docenten voortgezet onderwijs
- Docenten hoger onderwijs

**(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

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

**Industrie, namelijk:**

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

**Bouwnijverheid, namelijk:**

- Bouwbedrijven
- Bouwinstallatiebedrijven
- Afwerking van gebouwen

**Handel, namelijk:**

- Autohandel en -reparatie
- Groothandel machines en reparatie
- 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

**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

**5. WERKTEMPO**

	altijd	vaak	soms	nooit
Moet u erg snel werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u te veel werk te doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u extra hard werken om iets af te krijgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werkt u onder tijdsdruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u zich haasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u uw werk op uw gemak doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u te weinig werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met het werktempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u problemen met de werkdruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou u het kalmer aan willen doen in uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. ZELFSTANDIGHEID IN HET WERK**

	altijd	vaak	soms	nooit
Kunt u zelf beslissen hoe u uw werk uitvoert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bepaalt u zelf de volgorde van uw werkzaamheden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beslist u zelf wanneer u een taak uitvoert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt uw werkwijze voorgeschreven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u uw eigen werkwijze kiezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. EMOTIONEEL ZWAAR WERK**

	altijd	vaak	soms	nooit
Is uw werk emotioneel zwaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u in uw werk met dingen geconfronteerd die u persoonlijk raken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt er door anderen een persoonlijk beroep op u gedaan in uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt u zich persoonlijk aangevallen of bedreigd in uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u in uw werk contacten met lastige klanten of patiënten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u voor uw werk mensen kunnen overtuigen of overreden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komt u door uw werk in aangrijpende situaties terecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. TILLEN TIJDENS HET WERK**

	heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Moet u in uw werk lasten van meer dan 5 kg: tillen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duwen of trekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Moet u in uw werk zeer zware lasten van meer dan 25 kg:	tillen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	duwen of trekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u in uw werk tillen:	in een ongemakkelijke houding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	met de last ver van het lichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 9. TRILLINGEN

		heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Heeft u in het werk trillend(e) gereedschap of apparaten in uw handen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 10. LICHAAMSHOUDING

		heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Moet u in uw werk buigen of draaien met:	uw bovenlichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	uw hoofd/nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Moet u in uw werk <b>lang achtereen</b> in voorovergebogen of gedraaide houding werken met:	uw bovenlichaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	uw hoofd/nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u in uw werk:	langdurig in dezelfde houding werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	uw armen geheven houden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet u in uw werk <b>lang achtereen</b> :	staan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	geknield of gehurkt werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 11. REPETERENDE BEWEGINGEN

		heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Moet u in uw werk vele malen per minuut dezelfde bewegingen maken met:	uw arm(en)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	uw hand(en)/pols(en)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	uw vinger(s)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. GELUID**

	heel vaak	regelmatig	soms	zelden/nooit
Is er op uw werkplek zoveel lawaai, dat u hard moet praten om u verstaanbaar te maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u bij uw werk gehoorbeschermers, zoals oorkappen of oordopjes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**13. BEELDSCHERMWERK**

Hoeveel uur <b>per dag</b> werkt u gemiddeld aan een beeldscherm voor uw werk? <i>(inclusief laptop, notebook en thuiswerk)</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur per dag
Hoeveel uur <b>per week</b> zit u gemiddeld aan een beeldscherm voor privé-doeleinden?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur per week

**14. GEVAARLIJK WERK**

**14.1 Moet u gevaarlijk werk doen?**

Ja, regelmatig  
 Ja, soms  
 Nee **Ga naar 14.3**

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

<input type="checkbox"/> Vallen van hoogte	<input type="checkbox"/> Ongeluk met gevaarlijke stoffen
<input type="checkbox"/> Struikelen, uitglijden	<input type="checkbox"/> Confrontatie met geweld
<input type="checkbox"/> Bekneld raken	<input type="checkbox"/> Verbranden
<input type="checkbox"/> Snijden, steken	<input type="checkbox"/> Anders
<input type="checkbox"/> Botsen, aanrijding	

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

	nooit	soms	vaak	altijd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14.4 Hoe vaak werkt u met machines die behoren tot één van de volgende categorieën?**

	nooit	soms	vaak	altijd
hijs- en hefwerktuigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrisch handgereedschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
machines voor intern transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. INTIMIDATIE OF AGRESSIE OP UW WERK**

Kunt u aangeven in welke mate u de afgelopen 12 maanden persoonlijk te maken heeft gehad met:	nee, nooit	ja, een enkele keer	ja, vaak	ja, zeer vaak
Ongewenste seksuele aandacht van klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongewenste seksuele aandacht van chefs of collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidatie door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidatie door chefs of collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijk geweld door klanten (patiënten, leerlingen of passagiers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijk geweld door chefs of collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nee, nooit	ja, een enkele keer	ja, vaak	ja, zeer vaak
Komt het voor dat u alleen (zonder collega's) op uw werkplek bent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, voelt u zich hierbij onveilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<b>nee</b>	<b>ja</b>
Heeft u <b>de afgelopen 12 maanden</b> ten gevolge van agressie en geweld in uw werk:				
wel eens verzuimd van uw werk?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wel eens langer dan vier weken verzuimd van uw werk?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wel eens minder goed gefunctioneerd in uw werk?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wel eens langer dan vier weken minder goed gefunctioneerd in uw werk?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. EEN ARBEIDSONGEVAL MEEGEMAAKT?**

**16.1** 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**

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

- Lichamelijk letsel
- Geestelijke schade
- Beide

**16.3** 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**

**16.4** 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**

17.1 Werkt u met stoffen die zijn voorzien van een etiket dat wijst op mogelijk gevaar? (graag een antwoord op alle vragen)		(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"/>
17.2 Hoe vaak komt uw huid tijdens een werkdag in contact met water of waterige oplossingen?		(bijna) voortdurend	vaak	soms	zelden of nooit
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.3 Krijgt u tijdens uw werk de volgende stoffen op uw huid? (graag een antwoord op alle vragen)		(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"/>
Andere chemische stoffen, zoals zuren, logen of peroxides		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.4 Ademt u tijdens uw werk de volgende stoffen in? (graag een antwoord op alle vragen)					
Damp van oplosmiddelen (als in verf, lijm, inkt of brandstoffen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damp van metaalbewerkingsstoffen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schoonmaak- of desinfectiemiddelen (bijv. chloor, ammonia, zeep)		<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"/>
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"/>
Andere hinderlijke of schadelijke gassen of dampen		<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"/>
Stof van ander materiaal		<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 te beperken? (meerdere antwoorden mogelijk)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen gevaarlijke stoffen, dus niet nodig                                     | <input type="checkbox"/> Nee   |
| <input type="checkbox"/> Ja, afzuiginstallaties   | <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 |  |

**19. MAATREGELEN TEGEN WERKDruk EN RSI**

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

	ja	nee, maar is ook niet nodig	nee, maar is wel behoefte aan
Heeft u voorlichting gehad over het omgaan met werkdruk en stress?	<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"/>
Heeft u toestemming gekregen om uw werk beter af te stemmen op uw privé-situatie?	<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"/>
Is er aandacht besteed aan klachten die ontstonden door werkdruk?	<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"/>
Is uw takenpakket veranderd om de kans op RSI te verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn uw werk- of pauzetijden aangepast om de kans op RSI te verminderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is de inrichting van uw werkplek aangepast aan uw lengte of uw taken, zodat u in een goede werkhouding kunt werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**20. ALGEMENE PREVENTIEMAATREGELEN**

	ja	nee	weet niet
Wordt veiligheid en gezondheid op het werk wel eens besproken in het werkoverleg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens cursus of een opleiding gevolgd, gericht op het voorkomen of herkennen van gezondheidsrisico's op het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u behoefte aan (extra) informatie over veiligheids- en gezondheidsrisico's op uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u aangesproken door de werkgever wanneer u veiligheidsmaatregelen niet toepast?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**21. BENODIGDE ARBO-MAATREGELEN**

Acht u het wenselijk dat uw bedrijf of instelling (verdere) maatregelen neemt ten aanzien van de volgende zaken:	ja, zeer nodig	ja, enigszins nodig	nee, niet nodig
Werkdruk, werkstress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotioneel zwaar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RSI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijk zwaar werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geluid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roken door collega's of klanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidatie, agressie of geweld door klanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimidatie, agressie of geweld door collega's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gevaarlijke stoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veiligheid, bedrijfsongevallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**22. UW GEZONDHEID**

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

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

**23. UW HERSTELBEHOEFTE NA HET WERK**

	ja	nee
Ik vind het moeilijk om me te ontspannen aan het einde van de werkdag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan het einde van een werkdag ben ik echt op.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mijn baan maakt dat ik me aan het eind van een werkdag nogal uitgeput voel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na het avondeten voel ik me meestal nog vrij fit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kom meestal pas op een tweede vrije dag tot rust.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het kost mij moeite om me te concentreren in mijn vrije uren na het werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan weinig belangstelling opbrengen voor andere mensen, wanneer ikzelf net thuis ben gekomen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het kost mij over het algemeen meer dan een uur voordat ik helemaal hersteld ben na mijn werk.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als ik thuis kom, moeten ze mij even met rust laten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het komt vaak voor dat ik na een werkdag door vermoeidheid niet meer toekom aan andere bezigheden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het komt voor dat ik tijdens het laatste deel van de werkdag, door vermoeidheid mijn werk niet meer zo goed kan doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. PROBLEMEN MET UW NEK, SCHOUDERS, ARMEN E.D.**

<b>24.1 Had u <u>de afgelopen drie maanden</u> in uw nek, schouders, armen, polsen, handen en/of vingers:</b>	altijd	vaak	soms	nooit
een ongemakkelijk gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een stijf gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een duidelijk aanwijsbare pijnlijke plek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een pijnlijk gevoel zonder uitstraling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een pijnlijk gevoel met uitstraling op diverse plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klachten op meerdere plekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tintelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een doof gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
krachtsverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
roodheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zwellingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een branderig of gloeiend gevoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.2 Kwamen de volgende situaties gedurende <u>de afgelopen drie maanden</u> vóór door klachten over uw nek, schouders, armen, polsen, handen en/of vingers:</b>				
moest mijn werk onderbreken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moest mijn werk laten liggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moest mijn werkdag voortijdig beëindigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kon gedurende een halve werkdag mijn normale taken niet uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moest me ziek melden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. DOORWERKEN TOT UW 65<sup>e</sup>?**

*De volgende drie vragen hoeft u alleen te beantwoorden indien u op dit moment 50 jaar of ouder bent.*

	ja	nee	weet niet
Wilt u tot uw 65e werkzaam blijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt u in staat te zijn uw huidige werk tot uw 65e levensjaar voort te zetten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou lichter werk (lichamelijk en/of geestelijk) ertoe kunnen bijdragen dat u uw werk langer voortzet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. VERZUIMBELEID VAN UW BEDRIJF**

	ja	nee	weet niet
Bent u door uw werkgever schriftelijk of mondeling op de hoogte gesteld wat u moet doen als u ziek bent? (bijvoorbeeld bij wie u zich ziek moet melden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is het onderwerp ziekteverzuim en begeleiding van zieke werknemers wel eens besproken in een werkoverleg?	<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.*

- 27.1 Heeft u de afgelopen 12 maanden wel eens verzuimd?**  Ja  Nee **Ga naar 31**
- 
- 27.2 Hoe vaak heeft u gedurende de afgelopen 12 maanden verzuimd?**   keer
- 
- 27.3 Hoeveel dagen heeft u, alles bij elkaar, de afgelopen 12 maanden naar schatting verzuimd?**    dagen  
(Tel alle dagen van begin tot eind van het verzuim: ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen)

**28. UW LAATSTE VERZUIMGEVAL**

- 28.1 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 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"/> Overige klachten        |
| <input type="checkbox"/> Conflict op het werk                           |  |
- 
- 28.2 Hoeveel dagen heeft u deze laatste keer verzuimd?**    dagen  
(Tel alle dagen van begin tot eind van het verzuim: ook tussenliggende vrije dagen en weekenddagen)
- 
- 28.3 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
- Nee, geen gevolg van mijn werk **Ga naar 28.5**
- Weet niet **Ga naar 28.5**

**28.4 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 collega's of ondergeschikten |
| <input type="checkbox"/> Emotioneel te zwaar   | <input type="checkbox"/> Problemen met cliënten, patiënten          |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijk te zwaar  | <input type="checkbox"/> Bedrijfsongeval                            |
| <input type="checkbox"/> Langdurig dezelfde handelingen verrichten, langdurig achter computer werken | <input type="checkbox"/> Gevaarlijke stoffen                        |
| <input type="checkbox"/> Problemen met leiding, werkgever  | <input type="checkbox"/> Anders                                     |

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

- Ja  
 Nee

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

- Ja  
 Nee                      **Ga naar 29**

**28.7 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?

**29.1 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**

**29.2 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**

**29.3 Zo ja, bent u betrokken bij het opstellen van dit Plan van aanpak?**

- Ja  
 Nee

## 30. DE ARBODIENST VAN UW BEDRIJF

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

- Ja  
 Nee                      **Ga naar 31**

**30.2 In welke week na de ziekmelding heeft u voor het eerst contact gehad met een medewerker van de arbodienst?**

- weken na ziekmelding

**30.3 Heeft de bedrijfsarts (arbo-arts) u doorverwezen naar een andere hulpverlener, begeleider of behandelaar?**

- Niet van toepassing, 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

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

weken na doorverwijzing

**30.5 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?****31.1 Heeft u één of meer van de volgende langdurige ziekten, aandoeningen of handicaps, en zo ja kunt u aangeven welke? (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Nee **Ga naar 32**
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemen met armen of handen (ook artritis, reuma, rsi) | <input type="checkbox"/> Suikerziekte                                  |
| <input type="checkbox"/> Problemen met benen of voeten (ook artritis, reuma, rsi) | <input type="checkbox"/> Ernstige huidziekten                          |
| <input type="checkbox"/> Problemen met rug en nek (ook artritis, reuma, rsi)      | <input type="checkbox"/> Psychische klachten/aandoeningen              |
| <input type="checkbox"/> Migraine of ernstige hoofdpijn                           | <input type="checkbox"/> Gehoorproblemen                               |
| <input type="checkbox"/> Hart- of vaatziekten                                     | <input type="checkbox"/> Epilepsie                                     |
| <input type="checkbox"/> Astma, bronchitis, emfyseem                              | <input type="checkbox"/> Levensbedreigende ziekten (b.v. kanker, AIDS) |
| <input type="checkbox"/> Maag- of darmstoornissen                                 | <input type="checkbox"/> Anders  |

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

- Niet belemmerd
- Licht belemmerd
- Sterk belemmerd

**31.3 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 hoeveelheid werk       |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hulpmiddelen of meubilair | <input type="checkbox"/> Ja, in functie of takenpakket |
| <input type="checkbox"/> Ja, in werktijden                | <input type="checkbox"/> Ja, anderszins                |

**31.4 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 hoeveelheid werk       |
| <input type="checkbox"/> Ja, in hulpmiddelen of meubilair | <input type="checkbox"/> Ja, in functie of takenpakket |
| <input type="checkbox"/> Ja, in werktijden                | <input type="checkbox"/> Ja, anderszins                |

**32. ALLEEN VOOR VROUWEN: ZWANGERSCHAP EN WERKEN****32.1** Bent u in de afgelopen 2 jaar zwanger geweest of bent u momenteel zwanger? Ja Nee

Ga naar 33

**32.2** Heeft u de mogelijkheid (gekregen) om tijdens uw zwangerschap extra rustpauzes te nemen op het werk? Ja Nee**32.3** Bent u door uw werkgever geïnformeerd over risico's op het werk in verband met de zwangerschap?  
*(zoals blootstelling aan chemische stoffen of straling)* Ja Nee**32.4** Zijn uw werkzaamheden aangepast naar aanleiding van risico's bij zwangerschap en/of het geven van borstvoeding? Ja Nee**32.5** Gaf u nog borstvoeding, toen u na uw bevalling weer ging werken? Ja Nee

Ga naar 33

 Niet van toepassing

Ga naar 33

**32.6** Moest u daarom tijdens werkuren kunnen kolven? Ja Nee

Ga naar 33

**32.7** Waren er op uw werk voldoende voorzieningen getroffen zodat u kon kolven?*(zoals koeling voor het bewaren van de borstvoeding, voldoende tijd ter beschikking, geschikte afsluitbare ruimte)* Ja Nee**33. SLOT**

*U heeft nu heel wat vragen ingevuld over uw arbeidsomstandigheden: de omstandigheden op uw werk die bepalen of u veilig en gezond kunt werken.*

**In hoeverre bent u, in het algemeen, tevreden met uw arbeidsomstandigheden?** Zeer ontevreden Ontevreden Niet ontevreden/niet tevreden Tevreden Zeer tevreden

Hieronder kunt u aangeven of u prijs stelt op een VVV IRIScheque ter waarde van 7,50 Euro. Indien u hiervoor kiest hebben wij uw naam- en adresgegevens nodig. U kunt ook kiezen voor een goed doel, wij maken dan voor iedere ingevulde vragenlijst 7,50 Euro over naar één van de onderstaande organisaties. Als u voor een goed doel kiest hoeft u geen naam en adres in te vullen.

**VVV IRIScheque**

Naam en adres staan compleet op het voorblad

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode en Plaats: \_\_\_\_\_

**Goed doel:**

Amnesty International

Unicef

Ronald McDonald Kinderfonds

War Child

Wilhelmina Fonds

Hartstichting

Dierenbescherming

Greenpeace

**HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!**

*Copyright.*

Werkdruk en werkstress/RSI © 2001, SKB/vhp producten BV, Amsterdam/Den Haag

(betreft module 5, 7, 23, 24)

Gevolgen Agressie en Geweld © 2002, IVP/SKB, Zaltbommel/Amsterdam

(betreft module 15, laatste 4 vragen)