

# NOSQ-2002/LONG in Danish – Nordisk spørgeskema for arbejdsbetingede hudlidelser

## Vejledning til spørgeskemaet

**Indrammede spørgsmål** skal besvares af alle. Hvis du svarer "nej" til et indrammet spørgsmål, kan du gå direkte til det næste indrammede spørgsmål, med mindre der står noget andet i vejledningen til spørgsmålet. Spring ikke nogen af de indrammede spørgsmål over.

1. Sæt kryds ved det svar, der passer for dig

nej  1  
ja  2

2. Sæt kun et kryds, med mindre det står andet i spørgsmålet, for eksempel

**Hvornår havde du første gang eksem på hænder, håndled eller underarme?**  
(højst et svar i hver kolonne; giv dit bedste skøn)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
før 6 års alderen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellem 6 og 14 års alderen	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 15 og 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 5	<input checked="" type="checkbox"/> 5
efter 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

3. Hvis der er et ekstra spørgsmål efter det svar du vælger, skal du skrive dit svar på linien, for eksempel

ja  2 **Hvornår var sidste gang?** 1997 (årstal)  
(giv dit bedste skøn)

4. Besvar spørgsmålene i rækkefølge, med mindre der står noget andet efter det svar, du vælger. Hvis der står (gå til spørgsmål ...), skal du gå direkte til det angivne spørgsmål uden at svare på spørgsmålene imellem, for eksempel

nej  1 (gå til spørgsmål S1)  
ja  2

5. Du skal ikke tage dig af numrene efter afkrydsningsfelterne. "Nej" er altid  1, og "ja" er  2. Andre afkrydsningsfelter nummereres fra 3 og opefter.

Vejledning til udfyldelse af spørgeskemaet er skrevet med kursiv.

Løbenummer: \_\_\_\_\_

**G1. Arbejdsplads:** \_\_\_\_\_

**Afdeling:** \_\_\_\_\_

**G2. Er du**

mand  1

kvinde  2

**G3. Hvornår er du født: 19\_\_\_\_ (årstal)**

**G4. Hvad er din hovedbeskæftigelse i øjeblikket ...?**

*(højst et svar)*

ansat/i arbejde  3

selvstændig  4

hjemmegående  5 *(gå til spørgsmål A1, side 4)*

arbejdsledig  6

studerende  7 *(gå til spørgsmål G8, side 3)*

elev/lærling  8

barselsorlov/forældreorlov  9

pensioneret eller efterlønsmodtager  10 *(gå til spørgsmål A1, side 4)*

andet, **hvad?** \_\_\_\_\_  11

**G5. Hvad er dit nuværende erhverv?** \_\_\_\_\_

**Siden hvornår?** \_\_\_\_\_ *(årstal)*

**G6. Hvad er dine væsentligste arbejdsopgaver? \_\_\_\_\_**

**Siden hvornår? \_\_\_\_\_ (årstal)**

**G7. Hvor mange timer om ugen arbejder du i dit hovedjob (i gennemsnit)? \_\_\_\_\_ (timer/uge)**

**G8. Har du regelmæssigt bijob eller andet betalt arbejde?**

nej  1

ja  2 **Hvilken type arbejde? \_\_\_\_\_**

**Hvor mange timer om ugen (i gennemsnit)? \_\_\_\_\_ (timer/uge)**

**A1. Har du nogensinde haft et kløende udslæt, som er kommet og gået i en periode på mindst 6 måneder og som ind imellem har omfattet hudfolderne? (*med hudfolder menes albuebøjninger, knæhaser, på forsiden af anklerne, under balderne, omkring halsen, ørerne eller øjnene*)**

nej  1

ja  2

ved ikke  0

**A2. Har du nogensinde haft høfeber eller andre tegn på allergi i næsen, f.eks. fra pollen eller dyr?**

nej  1

ja  2

ved ikke  0

**A3. Har du nogensinde haft tegn på allergi i øjnene, f.eks. fra pollen eller dyr?**

nej  1

ja  2

ved ikke  0

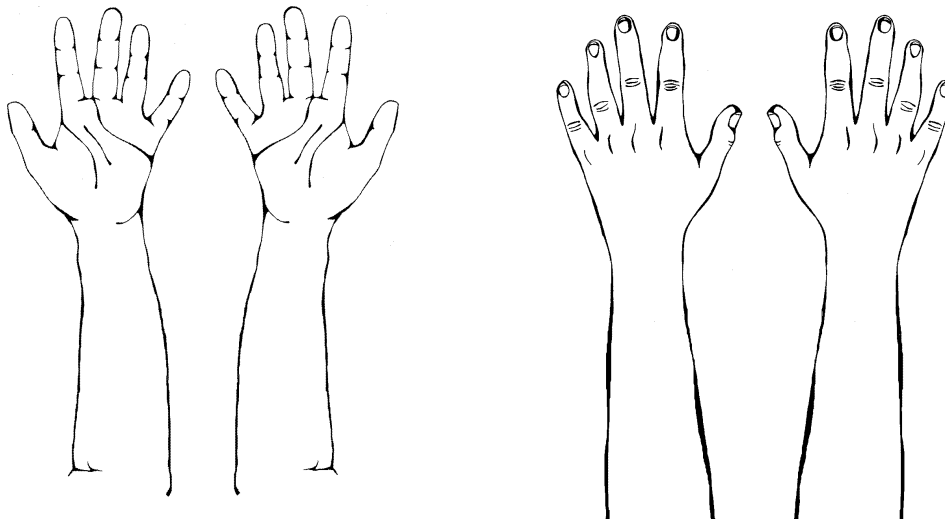
**A4. Har du nogensinde haft astma?**

nej  1

ja  2 Er det konstateret af en læge? nej  1

ja  2 hvornår? \_\_\_\_\_ (årstal)

ved ikke  0

**D1. Har du nogensinde haft håndeksem?**nej  1ja  2**D2. Har du nogensinde haft eksem på håndled eller underarme (bortset fra albuebøjningerne)?**nej  1 (hvis du også svarede "nej" til spørgsmål D1, gå til spørgsmål U1, side 12)ja  2**D3. Skravér de områder på hænder eller underarme, hvor eksemet normalt optræder**  
(et eller flere områder)

**D4. Hvor hyppigt har du haft eksem på hænder, håndled eller underarme?***(højst et svar i hver kolonne)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
kun en gang og i <u>mindre</u> end to uger	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
kun en gang, men i to uger eller <u>mere</u>	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
flere gange	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
(næsten) hele tiden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D5. Hvornår havde du sidst eksem på hænder, håndled eller underarme?***(højst et svar i hver kolonne)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
jeg har det i øjeblikket	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
ikke i øjeblikket, men inden for de sidste 3 måneder	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 3–12 måneder siden	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
mere end 12 måneder siden	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Hvilket år var sidste gang?</b> <i>(giv dit bedste skøn)</i>	_____ (årstal)	_____ (årstal)

**D6. Hvornår havde du første gang eksem på hænder, håndled eller underarme?***(højst et svar i hver kolonne; giv dit bedste skøn)*

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
før 6 års alderen	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mellem 6 og 14 års alderen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
mellem 15 og 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
efter 18 års alderen	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
<b>Hvilket år begyndte det?</b> <i>(giv dit bedste skøn)</i>	_____ (årstal)	_____ (årstal)

**Hvis eksemet på hænder eller underarme begyndte før 18 års alderen, gå til spørgsmål D10, side 7**

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
<b>D7. Hvad mener du selv var årsag til dit eksem på hænder, håndled eller underarme, da det begyndte?</b> (årsag)	_____	_____
	_____	_____
jeg kender ikke årsagen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<b>D8. Hvad var dit erhverv eller beskæftigelse, da eksemet begyndte?</b> (erhverv/beskæftigelse)	_____	_____
	_____	_____
<b>D9. Hvad var dine væsentligste arbejdsopgaver, da eksemet begyndte?</b> (arbejdsopgaver)	_____	_____
	_____	_____
<b>D10. Har du som voksen søgt læge på grund af håndeksem, eller eksem på håndled eller underarme?</b>		
	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Hvornår var sidste gang?</b> (giv dit bedste skøn)	_____ (årstal)	_____ (årstal)
<b>D11. På hvilken årstid har du flest problemer med eksem på hænder, håndled eller underarme?</b> (et eller flere svar i hver kolonne)		
	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
ingen årstidsvariation	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
vinter	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
forår	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
sommer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
efterår	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

**D12. Hvordan vurderer du graden af dit eksem på en skala fra 0-10?***(sæt et mærke på linien svarende til sværhedsgraden)*

**I dag**

0 10

Ingen eksem Voldsomt eksem

---

**Når det er værst**

0 10

Ingen eksem Voldsomt eksem

**F1. Har du bemærket, om kontakt med bestemte stoffer, kemikalier****eller andet på dit arbejde forværrer dit eksem? (højest et svar i hver kolonne)**

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<b>Hvad?</b>	_____	_____
	_____	_____
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0



**F2. Har du bemærket, om kontakt med bestemte stoffer, kemikalier eller andet uden for dit arbejde forværrer dit eksem?** (højest et svar i hver kolonne)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**Hvis du svarede ”nej” eller ”ved ikke” i begge kolonner, gå til spørgsmål F4, side 10**

**F3. Hvad mener du er de vigtigste påvirkninger uden for dit arbejde, som forværrer dit eksem?** (højest 5 krydser i hver kolonne)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
sæbe, flydende sæbe, shampoo og andre produkter til personlig pleje	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
vaskemidler og rengøringsmidler til husholdningsbrug	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
håndtering af madvarer	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
arbejde med våde hænder	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
hyppig håndvask	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
beskyttelseshandsker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
vedligeholdelse af maskiner (f.eks. bilreparation), håndtering af olie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
bygningsarbejde, malearbejde, tapetsering, renovering og istandsættelse	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
havearbejde, håndtering af planter, jord, grøntsager, bær, frugter, osv.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
infektioner (forkølelse, influenza eller feber)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
humørsvingninger, stress	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
menstruation eller anden hormonel påvirkning	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
andet, <b>hvad?</b> _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

**F4. Bedres dit eksem, når du holder fri fra dit sædvanlige arbejde (f.eks. weekender, ferier eller længere perioder)?** (højest et svar i hver kolonne)

	Håndeksem	Eksem på håndled/underarme
nej	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
ja, undertiden	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ja, som regel	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
ved ikke	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0

**C1. Har eksem på hænder, håndled eller underarme påvirket dit daglige arbejde på nogen særlig måde? Hvilke af følgende udsagn passer på dig?** (et eller flere svar)

slet ingen påvirkning  1

**På grund af mit eksem ...**

... er jeg nødt til at bruge beskytteshandsker  2

... er mine arbejdsopgaver blevet ændret  2

... har jeg skiftet arbejde  2

... har jeg haft svært ved at få arbejde  2

... er kollegaer eller arbejdsgiver(e) negativt indstillet over for mig  2

... er mit valg af arbejde eller erhverv påvirket  2

... er min indkomst gået ned  2

... har jeg været sygemeldt eller på anden måde ude af arbejde  2

**Hvor længe har du været sygemeldt eller ude af arbejde inden for de seneste 12 måneder på grund af eksem? \_\_\_\_\_ (uger)**

... har jeg mistet et job  2

... er jeg blevet pensioneret eller er gået på efterløn  2

andre konsekvenser, hvilke? \_\_\_\_\_  2

**C2. Hvordan har dit eksem påvirket dit liv inden for de seneste 12 måneder?***(sæt et kryds i hver linie)*

	Ingen påvirkning	Let påvirket	Moderat påvirket	Kraftigt påvirket	Ikke relevant
erhvervsarbejde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
husligt arbejde, daglige aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
sport og lignende aktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
andre hobbyer eller fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
søvn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
transport eller rejser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
selskabelighed eller socialt samvær	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
nære personlige relationer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
seksualliv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0
humør	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0

**C3. Har dit eksem haft negativ indvirkning på din økonomiske situation (medicin og andre følgeudgifter, tabte arbejdsdage, nedsat arbejdsevne og/eller arbejdsskift)?***(kun et svar)*

- ingen negative økonomiske konsekvenser (ingen udgifter eller fuld kompensation)  0
- der er visse udgifter, men de har ikke ændret min samlede økonomiske situation  2
- et vist økonomisk tab  3
- betydeligt økonomisk tab  4

**U1. Har du nogensinde haft nældefeber på hænder, håndled eller underarme?**

(nældefeber viser sig ved et forbigående kløende udslæt, som ligner det udslæt, man får ved kontakt med brændenælde eller efter et myggestik)

nej  1 (gå til spørgsmål S1, side 14)

ja  2

**U2. Har nældefeber på dine hænder, håndled eller underarme været forårsaget af hudkontakt med frugt, grøntsager, gummihandsker, dyr, osv.?**

(udslæt, der optræder få minutter efter kontakten)

nej  1 (gå til spørgsmål S1, side 14)

ja  2 efter hudkontakt med **hvad?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ved ikke  0 (gå til spørgsmål S1, side 14)

**U3. Hvor ofte har du haft nældefeber på hænder, håndled eller underarme?**

(kun et svar)

en gang  3

2-5 gange  4

mere end 5 gange  5

**U4. Hvornår havde du sidst nældefeber på hænder, håndled eller underarme?**

(kun et svar)

inden for de sidste 7 dage  3

mellem 7 dage og 3 måneder siden  4

mellem 3 og 12 måneder siden  5

mere end et år siden  6

**Hvilket år?** \_\_\_\_\_ (årstal)

(giv dit bedste skøn)

**U5. Hvornår havde du første gang nældefeber på hænder, håndled eller underarme?***(kun et svar)*

- før 6 års alderen  3
- mellem 6 og 14 års alderen  4
- mellem 15 og 18 års alderen  5
- efter 18 års alderen  6

**Hvilket år begyndte det?** \_\_\_\_\_ (*årstal*)  
*(giv dit bedste skøn)*

*Hvis du første gang havde nældefeber før 18 års alderen, gå til spørgsmål U8*

**U6. Hvad var dit erhverv eller beskæftigelse, da du første gang havde nældefeber?**

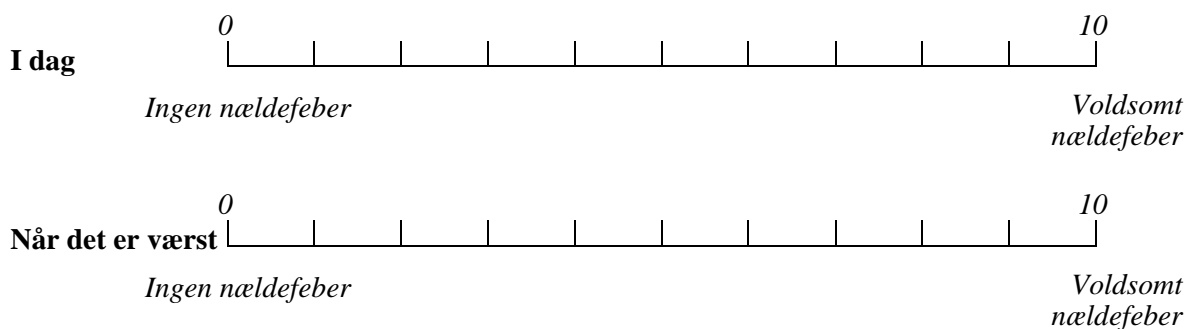
*erhverv/beskæftigelse* \_\_\_\_\_

**U7. Hvad var dine væsentligste arbejdsopgaver, da du første gang havde nældefeber?**

*arbejdsopgaver* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**U8. Har du som voksen søgt læge på grund af nældefeber?**

- nej  1
- ja  2 **Hvornår var sidste gang?** \_\_\_\_\_ (*årstal*)  
*(giv dit bedste skøn)*

**U9. Hvordan vurderer du graden af dit nældefeber på en skala fra 0-10?***(sæt et mærke på linien svarende til svarhedsgraden)*

**S1. Har du haft nogle af de følgende symptomer på hænder, eller håndled eller underarme de seneste 12 måneder?** *(et eller flere svar i hver kolonne)*

	Hænder	Underarme
ingen symptomer de sidste 12 måneder	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
rødme	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
tør hud med afskalning	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
revner eller sprækker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
væsken eller skorpedannelse	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
små vandblærer	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
knopper	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
nældefeber (forbigående kløende udslæt)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
kløe	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
brænden, prikken eller stikken	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
ømhed	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
smerte eller svie	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
andet, <b>hvad?</b> _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

**S2. Får du udslæt af bukseknapper, metalspænder, uægte smykker (f.eks. øreringe) eller andre metalgenstande i tæt kontakt med huden?** *(bortset fra under fingerringe)*

- nej  1
- ja  2

**S3. Har du tør hud?**

- nej  1
- ja  2

**S4. Klør din hud, når du sveder?**nej  1ja  2**S5a. Har du nogensinde haft eksem i albuebøjninger eller knæhaser?**nej  1ja  2**S5b. Har du nogensinde haft børneeksem?***(kaldes også astmaeksem eller atopisk eksem)*nej  1ja  2 **Er det konstateret af en læge?** nej  1ja  2 **hvornår?** \_\_\_\_\_ (*årstal*)ved ikke  0

**T1. Har en læge nogensinde konstateret, at du havde allergi?**

- nej  1 (*gå til spørgsmål E1, side 17*)  
 ja  2  
 ved ikke  0 (*gå til spørgsmål E1, side 17*)

**T2. Hvilke allergier har du fået konstateret?**

*Angiv dine allergier, en på hver linie. Giv dit bedste skøn for hvornår*

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| _____                               | <b>Hvornår?</b> _____ ( <i>årstal</i> ) |
| ved ikke <input type="checkbox"/> 0 |   |

**T3. Blev allergien eller allergierne diagnosticeret med ...**

*(marker alle relevante)*

- lappetest** (*testmateriale sættes normalt på ryggen og fjernes efter 1-2 dage*)  2
- priktest** (*testdråber dryppes normalt på underarmen og der prikkes med en nål. Resultatet aflæses efter 15-30 minutter*)  2
- blodprøver**  2
- andet, **hvad?** \_\_\_\_\_  2
- ved ikke  0



**E1. Har du nogensinde brugt beskyttelseshandsker på arbejde?**

- nej, aldrig  1 (gå til spørgsmål E5, side 18)
- ja, i øjeblikket  2 **Hvor mange timer pr. dag i gennemsnit?** \_\_\_\_\_ (timer)
- ja, men ikke i øjeblikket  3

**E2. Hvilke typer handsker bruger du (eller brugte du) på arbejde?**

(sæt gerne flere krydser)

	I øjeblikket	Kun tidligere
naturgummi/latex	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
syntetisk gummi (f.eks. nitril, neopren osv.)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
plastik (f.eks. vinyl, PVC, polyethylen)	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
bomuldshandsker under gummi- eller plastikhandsker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
læder	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
stofhandsker	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
andet, <b>hvad?</b> _____	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
ved ikke	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**E3. Har du haft hudgener ved brug af beskyttelseshandsker?**

- nej  1 (gå til spørgsmål E5, side 18)
- ja  2 **fra hvilke typer af handsker?** (et eller flere svar)
- |                           |                            |
|---------------------------|----------------------------|
| naturgummi/latex          | <input type="checkbox"/> 2 |
| syntetisk gummi           | <input type="checkbox"/> 2 |
| plastik                   | <input type="checkbox"/> 2 |
| læder                     | <input type="checkbox"/> 2 |
| alle handsker             | <input type="checkbox"/> 2 |
| andet, <b>hvad?</b> _____ | <input type="checkbox"/> 2 |
| ved ikke                  | <input type="checkbox"/> 2 |

**E4. Har du skiftet handsketype eller ophørt med at bruge handsker på grund af hudgener?**

- nej  1
- ja  2 **hvornår?** \_\_\_\_\_ (årstal)

**E5. Hvad er du i øjeblikket udsat for på dit arbejde?** (et eller flere svar)

	Timer per dag (i gennemsnit)		
	mindre end ½	½ til 2	mere end 2
vådt arbejde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
madlavning eller håndtering af fødevarer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
planter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
dyr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
rengøringsmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
opløsningsmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
olie, køle-smøremidler osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
maling, lak, overfladebehandlingsmidler osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
lim, klister osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
fugemasse, spartelmasse, puds, gulvlægningsmidler, cement osv.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
støv (træstøv, slibestøv, papirstøv osv.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
jord, affald eller andet smuds/snavs	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
andet			
<b>hvad?</b> _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
_____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Intet af ovenstående	<input type="checkbox"/> 1		

**E6. Hvor mange timer om dagen bruger du for tiden på følgende aktiviteter uden for dit arbejde?** (et eller flere svar, giv dit bedste skøn)

	Timer per dag (i gennemsnit)			
	0	mindre end ½	½ til 2	mere end 2
madlavning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
rengøring, opvask i hånden eller håndvask af tøj	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
passer børn under 4 år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**E7. Hvor ofte har du brugt tid på følgende aktiviteter uden for dit arbejde, de sidste 12 måneder?** (et svar i hver linie, giv dit bedste skøn)

	Dagligt	Mindst en gang pr. uge	Mindst en gang pr. måned	Mindre end en gang pr. måned	Kun periodisk
havearbejde (i sæsonen)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
bil- eller motorreparationer	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
byggeri eller renovering	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
andre aktiviteter med udsættelse for kemikalier					
<b>hvilke?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
sportsaktiviteter					
<b>hvilke?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
fritidsaktiviteter					
<b>hvilke?</b> _____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
_____	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

**E8. Hvor mange gange vasker du dine hænder på en normal arbejdsdag?**

(medtag håndvask på arbejde og hjemme/uden for arbejde)

- 0-5 gange om dagen  3
- 6-10 gange om dagen  4
- 11-20 gange om dagen  5
- mere end 20 gange om dagen  6

**H1. Hvordan vurderer du dit generelle helbred, sammenlignet med andre på din egen alder?***(kun et svar)*fremragende  3vældig godt  4godt  5mindre godt  6dårligt  7**H2. Hvor mange mennesker bor i din husstand, medregnet dig selv? \_\_\_\_\_ (antal personer)**

Hvor mange af disse er børn under 4 år \_\_\_\_\_ (antal personer)