

## 1631

## ROZPORZĄDZENIE PREZESA RADY MINISTRÓW

z dnia 9 grudnia 2009 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2009**

Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. Nr 88, poz. 439, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 5 maja 2009 r. w sprawie określenia wzorów formularzy sprawozdawczych, objaśnień co do sposobu ich wypełniania oraz wzorów kwestionariuszy i ankiet statystycznych stosowanych w badaniach statystycznych ustalonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2009 (Dz. U. Nr 85, poz. 717 i Nr 170, poz. 1334) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 1:

- a) w ust. 1 uchyla się pkt 89,
- b) w ust. 2 dodaje się pkt 20—22 w brzmieniu:
  - „20) Zdrowie-1 — Kwestionariusz gospodarstwa domowego;
  - 21) Zdrowie-2 — Kwestionariusz indywidualny dla osoby dorosłej;
  - 22) Zdrowie-3 — Kwestionariusz indywidualny dla dziecka.”;

2) w § 2 uchyla się ust. 8;

3) w załączniku nr 1 do rozporządzenia uchyla się wzór formularza M-04s — obrót nieruchomości;

4) w załączniku nr 2 do rozporządzenia:

a) wzory formularzy:

- DS-51G — turystyka i wypoczynek w gospodarstwach domowych. Kwestionariusz gospodarstwa domowego,
- DS-51I — turystyka i wypoczynek w gospodarstwach domowych. Kwestionariusz indywidualny,

otrzymują brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia,

b) po wzorze formularza Ankieta PL 2009 — badanie obrotów towarów i usług w ruchu granicznym dodaje się wzory formularzy:

- Zdrowie-1 — Kwestionariusz gospodarstwa domowego,
- Zdrowie-2 — Kwestionariusz indywidualny dla osoby dorosłej,
- Zdrowie-3 — Kwestionariusz indywidualny dla dziecka,

w brzmieniu określonym w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia;

5) w załączniku nr 3 do rozporządzenia uchyla się wzór formularza EN-3 — sprawozdanie o stanie zatrudnienia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Prezes Rady Ministrów: *D. Tusk*

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769, z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668, z 2001 r. Nr 100, poz. 1080, z 2003 r. Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 oraz z 2009 r. Nr 18, poz. 97.

Załączniki do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 9 grudnia 2009 r. (poz. 1631)

Załącznik nr 1

<b>GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY</b>	<b>al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa</b>
<p><b>Turystyka i wypoczynek w gospodarstwach domowych</b></p> <p><b>DS-51G</b></p> <p><b>Kwestionariusz gospodarstwa domowego</b></p>	

**Dział 1. Charakterystyka i skład osobowy gospodarstwa domowego**

**Dział 2. Realizacja wywiadu**

Wypełnić na podstawie kwestionariusza BR-01a (pyt. 1-3) oraz wywiadu w gospodarstwie domowym (pyt. 4-8).

<b>1. Symbol województwa</b>	
<b>2. Numer gospodarstwa domowego</b>	
<b>3. Symbol źródła utrzymania gospodarstwa domowego</b>	
<b>4. Liczba osób w gospodarstwie domowym ogółem</b>	
<b>5. Liczba dzieci w wieku do 14 lat włącznie</b>	
<b>6. Liczba osób pracujących</b>	
<b>7. Liczba osób pobierających emeryturę, rentę</b>	
<b>8. Liczba osób bezrobotnych</b>	

**1. Wywiad:**

- przeprowadzony
1
- nieprzeprowadzony z powodu:
- brak kontaktu z osobą podlegającą badaniu lub udzielającą informacji
2
- odmowa udzielenia wywiadu
3
- niemożność odpowiedzi z powodu choroby lub podeszłego wieku
4
- inne przyczyny
5

Data przeprowadzenia wywiadu
Symbol ankietera .....
Podpis ankietera .....
Sprawdził .....
Podpis .....

**Dział 3. Preferowane formy wypoczynku w gospodarstwie domowym i planowany sposób spędzenia urlopu - dotyczy osób w wieku 7 lat i powyżej**  
**1. Proszę podać, jaki jest Pana/Pani ulubiony sposób spędzania czasu wolnego przeznaczanego na wypoczynek.**  
*Proszę podać dla każdej osoby najwyżej 3 odpowiedzi, numerując od 1 do 3, począwszy od najważniejszej.*

Sposób spędzania czasu wolnego	Numer osoby w gospodarstwie (zgodnie z BR-01a)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Wypoczynek bierny - opalanie się, relaks	01											
Czytanie	02											
Sluchanie radia, muzyki, oglądanie telewizji, wideo	03											
Udział w spotkaniach towarzyskich	04											
Chodzenie do kawiarni, restauracji	05											
Uprawianie sportu i ćwiczeń fizycznych (łącznie z biegiem, spacerami, myślistwem, wędkarstwem, korzystaniem z siłowni)	06											
Kibicowanie na imprezach sportowych	07											
Odwiedzanie muzeów, wystaw, zabytków, imprezy objazdowe, zwiedzanie	08											
Chodzenie do kina, teatru, udział w imprezach kulturalnych	09											
Praktyki religijne	10											
Uprawianie hobby, pogłębianie wiedzy (niezwiązane bezpośrednio z pracą zawodową)	11											
Praca na działce	12											
Zakupy dla przyjemności	13											
Inne	14											

**2. Jak członkowie Pana/Pani gospodarstwa domowego planują wyjazd urlopowe (5 dni i dłużej) w ciągu najbliższych 2 lat (od 01 X 2009 r. do 30 IX 2011 r.)**

*Dla każdej osoby wpisać w odpowiednim wierszu symbol charakteru wyjazdu (od 1 do 9), wpisać jeden najważniejszy symbol.*

Wyszczególnienie	Numer osoby w gospodarstwie (zgodnie z BR-01a)											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
nie planuję wyjazdu	1											
Sposób spędzania urlopu/wakacji <sup>a)</sup>	zorganizowany											
	samodzielny											
	zorganizowany											
	samodzielny											

<sup>a)</sup> Charakterystyka wyjazdu: **2** - kuracja **6** - wyjazd do rodziny, znajomych **8** - inne  
**1** - pobyt wypoczynkowy **3** - objazd krajoznawczy **5** - zdobywanie umiejętności, kształcenie **7** - wyjazd na działkę **9** - nie dotyczy (dla wiersza 1)

**Dział 4. Wyposażenie gospodarstwa domowego w sprzęt turystyczny i inne dobra wykorzystywane na potrzeby turystyki oraz wydatki z nimi związane poniesione w ostatnim roku**

Rodzaj wyposażenia		Proszę zakreślić symbol właściwej odpowiedzi	Wydatki w zł w ostatnim roku związane z:		
			nabyciem	konserwacją i eksploatacją	
0		1		2	3
drugi dom (dom lub mieszkanie traktowane jako wakacyjne)	01	1 - jest	2 - nie ma		
namiot	02	1 - jest	2 - nie ma		
przyczepa kempingowa	03	1 - jest	2 - nie ma		
żaglówka	04	1 - jest	2 - nie ma		
łódź	05	1 - jest	2 - nie ma		
kajak	06	1 - jest	2 - nie ma		
działka rekreacyjna	07	1 - jest	2 - nie ma		
samochód osobowy (bez paliwa)	08	1 - jest	2 - nie ma		
rower	09	1 - jest	2 - nie ma		
sprzęt myśliwski	10	1 - jest	2 - nie ma		
sprzęt wędkarski	11	1 - jest	2 - nie ma		
plecak turystyczny, śpiwór, materac	12	1 - jest	2 - nie ma		
inny	13	1 - jest	2 - nie ma		

**Dział 5. Ogólna charakterystyka wyjazdów krajowych i zagranicznych**

Wyjazdy poza miejsce zamieszkania w okresie od 1.10.08 r. do 30.09.09 r. w celu wypoczynkowym, służbowym lub innym			Czy ktoś z członków gospodarstwa domowego wyjeżdżał <i>(proszę zakreślić właściwą odpowiedź)</i>	Liczba zrealizowanych wyjazdów	Liczba odbytych podróży	Szacunkowe wydatki związane z wyjazdem w złotych	Główna przyczyna nienastąpienia wyjazdów <i>(należy wpisać jeden symbol)</i> :
							01 - brak: urlopu, służbowego oddelegowania 02 - urlop wykorzystaliśmy na dodatkową pracę zarobkową 03 - stan zdrowia nie pozwala na wyjazdy 04 - obowiązki rodzinne 05 - w tym roku nie mieliśmy (nie mamy) pieniędzy na wyjazd, ponieważ mamy inne ważniejsze wydatki 06 - nie stać nas 07 - czas wolny przeznaczaliśmy na inne prace domowe 08 - nie jesteśmy zainteresowani takimi wyjazdami 09 - nie opłaca się, za daleko 10 - konieczność zajmowania się własną firmą, gospodarstwem rolnym 11 - inne przyczyny
0			1	2	3	4	5
W kraju	na 2–4 dni (1–3 noce)	1	1 - tak				
			2 - nie				
Za granicę	na 5 dni i więcej (4 i więcej nocy)	2	1 - tak				
			2 - nie				
Za granicę	na 1 dzień (bez nocy)	3	1 - tak				
			2 - nie				
Za granicę	na 2 dni i więcej (przynajmniej 1 noc)	4	1 - tak				
			2 - nie				

**Uwaga:**

- Jeżeli w gospodarstwie domowym nie nastąpiły jakiegokolwiek wyjazdy krajowe lub zagraniczne lub nastąpiły wyłącznie wyjazdy zagraniczne na 1 dzień (bez noclegu), należy przejść do działu 7.
- Jeżeli wystąpiły wyjazdy w kraju na 2–4 dni, należy przeprowadzić dalszy wywiad i wypełnić dział 6.
- Jeżeli nastąpiły wyjazdy w kraju na 5 dni i więcej lub za granicę na 2 dni i więcej, należy dla każdego wyjazdu odrębnie przeprowadzić wywiad na kwestionariuszu DS-511.
- Dla **wszystkich** gospodarstw domowych należy wypełnić dział 7.



a)	b)	c)	d)	e)	f)	g)
1 - do 50 km	01 - wypoczynek, rekreacja	1 - wczasy	1 - pełny pakiet turystyczny	1 - biuro podróży	01 - kolej	01 - hotel, motel, zajazd, pensjonat
2 - od 51 do 100 km	02 - zwiedzanie (architektura, kultura, przyroda)	2 - kolonie, obóz	2 - noclegi	2 - zakład pracy, szkoła, uczelnia	02 - PKS lub inna autobusowa linia przewozowa	02 - dom wycieczkowy, schronisko, młodzieżowe, stacja wodna
3 - od 101 do 200 km	03 - uprawianie turystyki kwalifikowanej	3 - wycieczka, impreza objazdowa	3 - transport	3 - organizacja społeczna, związkowa lub sportowa	03 - autokar	
4 - od 201 do 300 km	04 - odwiedziny u krewnych lub znajomych	4 - pielgrzymka	4 - pełne wyżywienie	4 - kościół lub organizacja religijna	04 - samochód osobowy	
5 - od 301 do 500 km	05 - uroczystości rodzinne	5 - kurs, szkolenie	5 - częściowe wyżywienie	5 - inny podmiot	05 - komunikacja miejska	03 - ośrodek wczasowo-wypoczynkowy, dom wczasowy, wypoczynkowy, ośrodek kolonijny
6 - od 501 do 700 km	06 - zdobywanie umiejętności, kształcenie	6 - wyjazd na działkę	6 - lokalne wycieczki i imprezy	6 - nie dotyczy	06 - motocykl, rower	
7 - od 701 do 1000 km	07 - sprawy zawodowe, załatwianie interesów	7 - zielona szkoła	7 - inne		07 - samolot	
8 - ponad 1000 km	08 - zdrowotny (np. sanatorium)	8 - inne	8 - żadne		08 - statek, prom, łódź	
	09 - religijny				09 - pieszo	04 - wynajęta kwatery prywatna
	10 - zakupy				10 - inne środki transportu	05 - kwatery agroturystyczna
	11 - inny					06 - kemping, pole biwakowe, bungalow
						07 - mieszkanie u krewnych lub znajomych
						08 - domek letniskowy na działce rekreacyjnej
						09 - sanatorium lub inny zakład leczniczy
						10 - środek transportu (np. statek, pociąg, samochód, autokar)
						11 - inne miejsce noclegów

**Dział 7. Przyjazdy turystyczne do gospodarstwa domowego**

1. Czy gospodarstwo domowe w okresie 01.10.2008-30.09.2009 przyjmowało gości z noclegiem? (proszę zakreślić właściwą odpowiedź)

**1.1**

tak —> pyt. 2 i 3

**1.2**

nie

2. Ile było takich przyjazdów?

**2**

**3. Charakterystyka przyjazdów turystycznych**

Wyszczególnienie					Liczba osób nocujących	Łączna liczba noclegów	Kod kraju stałego zamieszkania <sup>a)</sup>
0					1	2	3
Z kraju	2-4 dni (1-3 noclegi)	tak	rodzina	01			
			znajomi	02			
			inni	03			
		nie	04				
	5 i więcej dni (4 i więcej noclegów)	tak	rodzina	05			
			znajomi	06			
			inni	07			
		nie	08				
Z zagranicy	2-4 dni (1-3 noclegi)	tak	rodzina	09			
			znajomi	10			
			inni	11			
		nie	12				
	5 i więcej dni (4 i więcej noclegów)	tak	rodzina	13			
			znajomi	14			
			inni	15			
		nie	16				

<sup>a)</sup> Proszę wpisać kod(y) analogicznie do w pyt. 14 lub 16, dz. 2 formularza DS-51I. W przypadku większej liczby krajów kody należy oddzielić przecinkami.

Uwagi ankietera:



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY

al. Niepodległości 208, 00-925 Warszawa

**Turystyka i wypoczynek  
w gospodarstwach domowych**

**DS-51I**

**Kwestionariusz indywidualny**

Kwestionariusz należy wypełnić odrębnie dla każdego wyjazdu krajowego trwającego 5 dni i więcej lub wyjazdu zagranicznego trwającego 2 dni i więcej.

Kolejnym wyjazdem długotrwałym w okresie od 1 października 2008 r. do 30 września 2009 r. należy nadać kolejne numery według kolejności realizacji wyjazdu (od numeru 1).

**Dział 1. Dane ogólne o wyjeździe**

1. Numer gospodarstwa domowego

2. Numer wyjazdu według kolejności realizacji

3. Liczba osób wyjeżdżających

4. Numery osób uczestniczących w wyjeździe<sup>a)</sup>

<sup>a)</sup> Proszę wpisać, oddzielając przecinkami, numery wszystkich osób uczestniczących w wyjeździe (z BR-01a).

5. Czy w wyjeździe brała(-ły) udział osoba(-by) spoza gospodarstwa domowego?

• tak 1  
• nie 2

6. Rodzaj wyjazdu

• krajowy 1  
• zagraniczny 2

**Dział 2. Charakterystyka wyjazdu**

1. Miesiąc rozpoczęcia wyjazdu (proszę zakreślić odpowiedni symbol)

X - październik 2008 r.	10	IV - kwiecień 2009 r.	04
XI - listopad 2008 r.	11	V - maj 2009 r.	05
XII - grudzień 2008 r.	12	VI - czerwiec 2009 r.	06
I - styczeń 2009 r.	01	VII - lipiec 2009 r.	07
II - luty 2009 r.	02	VIII - sierpień 2009 r.	08
III - marzec 2009 r.	03	IX - wrzesień 2009 r.	09

2. Główny cel wyjazdu (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- wypoczynek, rekreacja, wakacje . . . . . 01
- zwiedzanie (architektura, kultura, przyroda) . . . . . 02
- uprawianie turystyki kwalifikowanej . . . . . 03
- odwiedziny u krewnych lub znajomych . . . . . 04
- uroczystości rodzinne . . . . . 05
- zdobywanie umiejętności, kształcenie . . . . . 06
- sprawy zawodowe, załatwianie interesów . . . . . 07
- zdrowotny (np. sanatorium) . . . . . 08
- religijny . . . . . 09
- zielona szkoła (także zimą) . . . . . 10
- zakupy . . . . . 11
- inny . . . . . 12

3. Forma wyjazdu (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- wczasy . . . . . 1
- kolonie, obóz . . . . . 2
- wycieczka, impreza objazdowa . . . . . 3
- pielgrzymka . . . . . 4
- kurs, szkolenie . . . . . 5
- wyjazd na działkę . . . . . 6
- zielona szkoła . . . . . 7
- inna . . . . . 8

4. Jak długo trwał wyjazd? (proszę podać liczbę dni)

4.1. liczba dni

4.2. w tym za granicą

5. Jakie usługi zakupiono u organizatora lub pośrednika? (proszę zakreślić odpowiednie symbole usług)

- pełny pakiet turystyczny . . . . . 1
- nocleg . . . . . 2
- transport . . . . . 3
- pełne wyżywienie . . . . . 4
- częściowe wyżywienie . . . . . 5
- lokalne wycieczki i imprezy . . . . . 6
- inne . . . . . 7
- żadne . . . . . 8

6. Za czym pośrednictwem zakupiono usługi turystyczne? (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- biuro podróży . . . . . 1
- zakład pracy, szkoła, uczelnia . . . . . 2
- organizacja społeczna, związkowa lub sportowa . . . . . 3
- kościół, organizacja religijna . . . . . 4
- inny podmiot . . . . . 5
- nie dotyczy . . . . . 6

7. Sposób rezerwacji usługi u producenta (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- telefon . . . . . 1
- internet . . . . . 2
- osobiście . . . . . 3
- inne . . . . . 4
- nie dotyczy . . . . . 5

8. Główny środek transportu wykorzystywany na dojazd (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- kolej . . . . . 01
- PKS lub inna autobusowa linia przewozowa . . . . . 02
- autokar . . . . . 03
- samochód osobowy . . . . . 04
- komunikacja miejska . . . . . 05
- motocykl, rower . . . . . 06
- samolot . . . . . 07
- statek, prom . . . . . 08
- pieszo . . . . . 09
- inne środki transportu . . . . . 10

9. Główny środek transportu wykorzystywany na miejscu (lokalnie) (proszę zakreślić jedną odpowiedź)

- kolej . . . . . 01
- PKS lub inna autobusowa linia przewozowa . . . . . 02
- autokar . . . . . 03
- samochód osobowy . . . . . 04
- komunikacja miejska . . . . . 05
- motocykl, rower . . . . . 06
- samolot . . . . . 07
- statek, prom, łódź . . . . . 08
- pieszo . . . . . 09
- inne środki transportu . . . . . 10



10. Miejsca noclegów		
Lp.	Rodzaj obiektów	Liczba noclegów
	0	1
01	hotel, motel, zajazd, pensjonat	
02	dom wycieczkowy, schronisko, schronisko młodzieżowe, stacja wodna	
03	ośrodek wczasowo-wypoczynkowy, dom wczasowy, wypoczynkowy, ośrodek kolonijny	
04	wynajęta kwatery prywatna	
05	kwatery agroturystyczna	
06	kemping, pole biwakowe, bungalów	
07	mieszkanie u krewnych lub znajomych	
08	drugi dom, mieszkanie wakacyjne	
09	sanatorium lub inny zakład leczniczy	
10	środek transportu	
11	inne miejsca noclegów	

11. Jak daleki był to wyjazd? (proszę zakreślić odpowiedni symbol odległości w km w jedną stronę)			
do 50 km	1	od 301 do 500 km	5
od 51 do 100 km	2	od 501 do 700 km	6
od 101 do 200 km	3	od 701 do 1000 km	7
od 201 do 300 km	4	1001 km i więcej	8

12. Proszę określić charakter odwiedzanego obszaru (proszę zakreślić odpowiedni (tylko jeden) symbol)			
stolica, aglomeracja miejska	1	obszar wyżynny	5
		morze	6
inne miasto	2	akwen śródlądowy lub ciek wodny	7
miejscoowość turystyczna	3	uzdrowisko	8
obszar górski	4	obszar wiejski	9

13. W jaki sposób spędzano czas podczas wyjazdu? (można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź)	
Forma spędzania wolnego czasu	
• wypoczynek bierny – opalanie, relaks .....	01
• czytanie .....	02
• słuchanie radia, muzyki, oglądanie telewizji, wideo .....	03
• udział w spotkaniach towarzyskich .....	04
• chodzenie do kawiarni, restauracji .....	05
• uprawianie sportu i ćwiczeń fizycznych .....	06
• kibicowanie na imprezach sportowych .....	07
• odwiedzanie muzeów, wystaw, zabytków, wycieczki krajoznawcze .....	08
• chodzenie do kina, teatru, udział w innych imprezach kulturalnych .....	09
• praktyki religijne .....	10
• uprawianie hobby, pogłębianie wiedzy (niezwiązane bezpośrednio z pracą zawodową) .....	11
• praca na działce .....	12
• zakupy dla przyjemności .....	13
• inna .....	14

14. Jeśli był to wyjazd za granicę, to proszę podać kraj, w którym spędził(a) Pan/Pani najwięcej czasu	
Nazwa	Symbol (wypełnia US)

15. Czy w czasie podróży odwiedził(a) Pan/Pani jeszcze inne kraje?	• tak	1
	• nie	2

16. Jeśli tak, to jakie to były kraje?		
Lp.	Nazwa	Symbol (wypełnia US)
	0	1
1		
2		
3		
4		
5		

17. Czy w trakcie wyjazdu za granicę korzystał(a) Pan/Pani z noclegu na terenie Polski? (proszę zakreślić jedną odpowiedź)	• tak	1	Liczba noclegów
	• nie	2	

18. Proszę podać szacunkową wartość wydatków poniesionych przez gospodarstwo domowe w związku z wyjazdem (bez wydatków na zakup sprzętu turystycznego) w pełnych zł		
Lp.	Wydatki	Kwota w zł
	0	1
01	Razem (wiersze 02+03)	
02	Suma wpłacona organizatorowi wyjazdu	
03	Pozostałe wydatki indywidualne (w. 04+05+07+09+10+11)	
04	Noclegi	
05	Wyżywienie	
06	w tym usługi gastronomiczne	
07	Transport – ogółem	
08	w tym wydatki na dojazd tam i z powrotem	
09	Usługi kulturalno-rekreacyjne	
10	Zakupy	
11	Inne	

19. Czy wyjazd był sfinansowany lub dofinansowany przez rodzinę lub inne osoby prywatne?	• tak	1	Kwota w zł
	• nie	2	

20. Czy wyjazd był sfinansowany lub dofinansowany przez zakład pracy lub jakąkolwiek instytucję?	Kwota w zł	
• tak, usługa opłacona bezpośrednio u producenta .....		1
• tak, środki zostały przekazane gospodarstwu domowemu .....		2
• nie .....	3	

**Dział 3. Realizacja wywiadu**

1. Wywiad:	
• przeprowadzony .....	1
nieprzeprowadzony z powodu:	
• braku kontaktu z osobą udzielającą informacji .....	2
• odmowy uczestnictwa w badaniu .....	3
• innych przyczyn .....	4

Data przeprowadzenia wywiadu
Symbol ankietera



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208

**ZDROWIE-1**  
**Kwestionariusz gospodarstwa domowego**

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA

**Dział I. INFORMACJE OGÓLNE**

*Proszę wpisać lub zakreślić kółkiem odpowiedni symbol*

1. Identyfikator gospodarstwa domowego		IP01	IP02				
<b>SYMBOL</b>	Symbol terytorialny	<b>PL</b>					
<b>REJON (IP03)</b>	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu						
<b>NRM</b>	Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie						
<b>LGOS</b>	Liczba gospodarstw domowych w mieszkaniu						
<b>NRG</b>	Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu						
<b>LOS (HH.01)</b>	Liczba osób w gospodarstwie domowym						
<b>LDZ</b>	W tym liczba dzieci w wieku 0-14 lat						
<b>DATA (IP04)</b>	Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)						2009

2. Przyczyny niezrealizowania wywiadu	PRZYCZ
Mieszkania nie znaleziono.....	1
Brak możliwości dotarcia do mieszkania .....	2
Pod wylosowanym adresem nie ma już mieszkania .....	3
Mieszkanie niezamieszkane lub zamieszkane czasowo.....	4
Brak kontaktu z mieszkańcami w wylosowanym mieszkaniu .....	5
Odmowa gospodarstwa .....	6
Mieszkańcy czasowo nieobecni .....	7
Brak możliwości nawiązania kontaktu (choroba, podeszły wiek, alkoholizm itp.) .....	8
Inne powody niezrealizowania wywiadu (np. nieznajomość języka polskiego) .....	9

3. Realizacja wywiadu	
<b>NRODP</b>	Numer osoby udzielającej odpowiedzi dotyczącej gospodarstwa domowego
<b>CZAS</b>	Czas trwania wywiadu o gospodarstwie domowym (w minutach)
<b>ANKIET</b>	Numer ankietera



III.L03	III.L07	PI.6	PI.7
<p><b>5. Kraj urodzenia</b> (oznacza kraj zamieszkania matki w momencie urodzenia dziecka, wg granic obowiązujących w trakcie przeprowadzania badania)</p> <p>1 - Polska                  2 - EU                  3 - inny kraj</p> <p>Jeśli wystąpi symbol 2, wpisujemy obok kod kraju należącego do Unii Europejskiej:</p> <p>AT - Austria                  BE - Belgia                  BG - Bułgaria                  CY - Cypr                  CZ - Republika Czeska                  DK - Dania                  EE - Estonia                  FI - Finlandia                  FR - Francja                  EL - Grecja                  ES - Hiszpania                  NL - Holandia                  IE - Irlandia</p> <p>LT - Litwa                  LU - Luksemburg                  LV - Łotwa                  MT - Malta                  DE - Niemcy                  PT - Portugalia                  RO - Rumunia                  SK - Słowacja                  SI - Słowenia                  SE - Szwecja                  HU - Węgry                  IT - Włochy                  UK - Wielka Brytania</p>	<p><b>6. Poziom najwyższego zdobytego wykształcenia</b> (dla osób w wieku 13 lat i więcej) Proszę podać respondentowi kartę A1</p> <p>00 - bez wykształcenia                  10 - podstawowe                  20 - gimnazjalne                  31 - zasadnicze zawodowe                  32 - średnie ogólnokształcące                  33 - średnie zawodowe                  40 - świadectwo ukończenia szkoły policealnej                  51 - dyplom ukończenia kolegium nauczycielskiego, języków obcych lub dla pracowników służb społecznych                  52 - tytuł licencjata lub inżyniera                  53 - tytuł magistra lub równorzędny                  60 - stopień naukowy doktora lub doktora habilitowanego</p>	<p><b>7. Czy Pan/Pani uczy się w szkole?</b> (dla osób w wieku 6 lat i więcej)</p> <p>1 - tak                  2 - nie → pyt. 9</p>	<p><b>8. Rodzaj szkoły, w której Pan/Pani się uczy</b> (dla osób w wieku 6 lat i więcej)</p> <p>10 - szkoła podstawowa                  20 - gimnazjum                  31 - zasadnicza szkoła zawodowa                  32 - liceum ogólnokształcące                  33 - liceum profilowane                  34 - technikum                  40 - szkoła policealna                  51 - kolegium nauczycielskie, języków obcych lub dla pracowników służb społecznych                  52 - szkoła wyższa - studia licencjackie lub inżynierskie                  53 - szkoła wyższa - studia magisterskie                  54 - studia podyplomowe                  60 - studia doktoranckie</p>
0	6	7	8
01	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
02	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
03	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
04	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
05	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
06	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
07	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
08	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
09	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]
10	[ ] → jeśli 2, wpisz kod kraju [ ] [ ]	[ ] [ ]	[ ] [ ]



**Pytania 9-21 należy zadać osobom w wieku 15 lat i więcej**

		PL..5	PLAN	HH.08
		FAKT		
<b>15. Czy Pan/Pani uważa się głównie za Proszę podać respondentowi kartę A2</b>				
<b>14. Okres nieobecności w gospodarstwie</b>				
Nr osoby w gospodarstwie domowym	faktyczny - w miesiącach		planowany - w miesiącach (łącznie z faktycznym) krócej niż 12 miesięcy - liczba miesięcy 01-11 I rok lub dłużej - symbol 12	
			Symbol 12 może wystąpić tylko w przypadku, kiedy okres nieobecności faktycznej nie przekracza 3 miesięcy. W przypadku gdy okres nieobecności faktycznej jest dłuższy niż 3 miesiące i osoba planuje przebywać poza gospodarstwem domowym (nieobecność faktyczna i planowana) i rok lub dłużej, osoba nie wchodzi w skład gospodarstwa domowego - symbol 99	
0	14.1		14.2	15
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli 36 → proszę wymienić

10 - osobę pracującą (także pomagającą w rodzinnej działalności na własny rachunek lub będącą na praktykach lub płatnym stażu) → pyt. 18  
 20 - osobę bezrobotną  
 31 - ucznia, studenta (także osobę dokształcającą się lub na bezpłatnym stażu)  
 32 - osobę na emeryturze (także na wcześniejszej emeryturze lub osobę, która zakończyła działalność gospodarczą)  
 33 - osobę trwale niezdolną do pracy  
 34 - osobę pracującą społecznie, wolontariusza  
 35 - osobę prowadzącą gospodarstwo domowe (zajmującą się domem, rodziną)  
 36 - osobę nieaktywną zawodowo z innych powodów

**Pytania 9-21 należy zadać osobom w wieku 15 lat i więcej**

	III.09	III.09	III.12	III.10	III.11
	16. Czy wykonuje Pan/Pani pracę przynoszącą zarobek lub dochód bądź pomaga nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej? <i>(w tygodniu poprzedzającym moment badania)</i>	17. Czy kiedykolwiek wykonywał/wykonywała Pan/Pani pracę przynoszącą zarobek lub dochód bądź pomagał/pomagała nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej?	18. W jakim wymiarze godzin Pan/Pani pracuje/pracował/pracowała w głównym miejscu pracy?	19. Jaki jest/był Pana /Pani status zatrudnienia w głównym miejscu pracy?	
Nr osoby w gospodarstwie domowym					
0	16	17	18	19	
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.1 - pracujący na własny rachunek, niezatrudniający pracowników  
 21.0 - pracownik najemny, z umową na czas nieokreślony  
 10.2 - pracujący na własny rachunek - pracodawca  
 22.0 - pracownik najemny, z umową na czas określony  
 10.3 - pomagający członek rodziny

**Pytania 9-21 należy zadać osobom w wieku 15 lat i więcej**

	III.13	III.14	PI.8
Nr osoby w gospodarstwie domowym			<b>22. Przyczyny niewypełnienia kwestionariusza ZDROWIE-2 lub ZDROWIE-3</b> 1 - nieobecność z powodu przebywania w innej miejscowości w kraju - do 6 miesięcy 2 - nieobecność z powodu przebywania w innej miejscowości w kraju powyżej 6 miesięcy 3 - nieobecność z powodu pobytu za granicą - do 6 miesięcy 4 - nieobecność z powodu pobytu za granicą powyżej 6 miesięcy 5 - odmowa 6 - inna przyczyna 22
0	20	21	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			



**Dział III. DOCHODY GOSPODARSTWA DOMOWEGO**

23. Jakie są źródła utrzymania Pana/Pani gospodarstwa domowego? (proszę zakreślić symbol jednego głównego źródła dochodu oraz symbole wszystkich dodatkowych źródeł dochodów gospodarstwa; proszę podać respondentowi kartę A3)		IN.01	
		Główne	Dodatkowe
A01	dochody z pracy najemnej .....	1	15
A02	dochody z pracy na własny rachunek poza gospodarstwem rolnym, wykonywania wolnego zawodu .....	2	16
A03	dochody z użytkowania gospodarstwa rolnego .....	3	17
B04	świadczenia dla bezrobotnych .....	4	18
C05	emerytura (pracownicza, rolna, strukturalna) .....	5	19
C06	renta rodzinna .....	6	20
D07	świadczenia z tytułu niezdolności do pracy .....	7	21
D08	inne świadczenia społeczne .....	8	22
E09	świadczenia rodzinne .....	9	23
F10	dodatek mieszkaniowy .....	10	24
G11	stypendia dla uczniów i studentów .....	11	25
H12	pozostałe świadczenia z pomocy społecznej .....	12	26
I13	brak wymienionych źródeł dochodów .....	13	27
PL-14	pozostałe dochody .....	14	28
98	brak informacji o źródłach dochodów .....	98	98
99	odmowa .....	99	99

Jeżeli w głównym i dodatkowym źródle utrzymania nie został zakreślony żaden z symboli 1-12, 15-26, to należy zakończyć wywiad.

24. Czy wie Pan/Pani, jakie są miesięczne dochody netto z pracy i świadczeń społecznych całego gospodarstwa (wszystkich członków gospodarstwa domowego) z miesiąca poprzedzającego miesiąc badania?	IN.02
tak	1
nie	2

→ pyt. 26

25. Jaki dochód netto z pracy i ze świadczeń społecznych uzyskało Pana/Pani gospodarstwo domowe w miesiącu poprzedzającym miesiąc badania? (proszę uwzględnić dochody z pracy i ze świadczeń społecznych wszystkich członków gospodarstwa domowego, jak również przyznanych dla całego gospodarstwa domowego)	IN.03
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł → Koniec wywiadu	
Odmowa (w przypadku odmowy proszę zakreślić symbol)	9999999

26. Proszę podać przybliżony poziom miesięcznych dochodów netto Pana/Pani gospodarstwa domowego uzyskanych z pracy i świadczeń społecznych w miesiącu poprzedzającym miesiąc badania. (proszę zakreślić kółkiem symbol odpowiedniego przedziału dochodowego; proszę podać respondentowi kartę A4)	IN.04
do 900 zł	1
901-1300 zł	2
1301-1600 zł	3
1601-2000 zł	4
2001-2400 zł	5
2401-2800 zł	6
2801-3400 zł	7
3401-4100 zł	8
4101-5500 zł	9
5501 i więcej zł	10
odmowa	99

**Dziękujemy za udzielenie odpowiedzi.**



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY, 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208

**ZDROWIE-2**  
Kwestionariusz indywidualny dla osoby dorosłej

EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA

**Wywiad – dla osoby w wieku 15 lat i więcej**

<b>SYMBOL</b>	Symbol terytorialny								
<b>REJON</b>	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu								
<b>NRM</b>	Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie								
<b>NRG</b>	Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu								
<b>NRO</b>	Nr osoby								
<b>KTO</b>	<b>Kto odpowiadał na pytania ankiety</b>								
	Sam badany								0
	Osoba zastępcza z tego gospodarstwa – <i>wpisać numer osoby</i>								
	Inna osoba zastępcza spoza gospodarstwa								99
<b>DATA</b>	Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)								
<b>ANKIET</b>	Nr ankietera								

**STAN ZDROWIA**

Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie? ( <i>nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy</i> )	B1
Bardzo dobrze	1
Dobrze	2
Tak sobie, ani dobrze, ani źle	3
Źle	4
Bardzo źle	5
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające (lub co do których przewiduje się, że będą trwałe) 6 miesięcy lub dłużej?	B2
Tak	1
Nie	2
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?	B3
Tak, poważnie ograniczoną	1
Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie	2
Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B1**

Choroby i dolegliwości przewlekłe		B4		
Lista chorób/dolegliwości przewlekłych		Czy Pan/Pani choruje lub kiedykolwiek chorował(a) Pan/Pani na.....?	Jeśli <u>Tak</u> , to czy ta choroba/dolegliwość	
			była stwierdzona przez lekarza?	występowała u Pana/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
		1 – Tak 2 – Nie 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi		
0		1	2	3
Astma (łącznie z astmą o podłożu alergicznym)	1	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekła zaporowa choroba płuc, rozedma płuc (odma)	2	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Zawał serca	3	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Choroba wieńcowa serca (dusznica bolesna, choroba niedokrwienna serca)	4	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienie tętnicze)	5	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Udar mózgu (wylew krwi do mózgu, zator mózgowy)	6	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Reumatoidalne zapalenie stawów	7	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Zapalenie kości i stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów)	8	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców	9	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Bóle szyi lub inne przewlekłe dolegliwości szyi	10	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Cukrzyca	11	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Alergia (jak np. nieżyt nosa, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna) – <i>bez astmy alergiczej</i>	12	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	13	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Marskość wątroby, zaburzenia czynności wątroby	14	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Przewlekłe choroby nerek	15	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Choroby tarczycy	16	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
<i><u>Tylko dla mężczyzn</u></i> Choroba prostaty (przerost gruczołu krokowego)	17	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Nowotwór złośliwy (w tym także białaczka i chłoniak)	18	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Silne bóle głowy (np. migrena)	19	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Nietrzymanie moczu, problemy z kontrolowaniem pęcherza moczowego	20	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Przewlekłe stany lękowe	21	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Przewlekła depresja	22	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Inne problemy związane ze zdrowiem psychicznym	23	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Inne choroby ( <i>niewymienione powyżej</i> )	24	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Trwały uraz, obrażenia lub uszkodzenie spowodowane przez wypadek	25	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9

Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy (należy także wziąć pod uwagę zatrucia i rozmyślne działania innych osób)		B5	
Rodzaje wypadków		Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ(a) Pan/Pani wypadkowi, którego skutkiem był uraz (zewnątrzny lub wewnętrzny)?	Jeśli <u>Tak</u> , to kto i gdzie udzielił Panu/Pani pomocy medycznej?
		1 – Tak 2 – Nie 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi	1 – Lekarz lub pielęgniarka w przychodni, ambulatorium 2 – Lekarz w szpitalu, pogotowie ratunkowe 3 – Nie wymagałem(-łam) pomocy medycznej 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi
	0	1	2
Wypadek drogowy (komunikacyjny)	1	1 2 8 9	1 2 3 8 9
Wypadek w pracy	2	1 2 8 9	1 2 3 8 9
Wypadek w szkole, na uczelni	3	1 2 8 9	1 2 3 8 9
Wypadek w domu i w czasie wolnym	4	1 2 8 9	1 2 3 8 9

**ANKIETER: PYTANIE B6 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH LUB PRACUJĄCYCH W PRZESZŁOŚCI (ODP. 10 Z PYT. 15 LUB 1 W PYT. 16 LUB 1 W PYT.17 ANKIETY ZDROWIE-1)**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał(a) Pan/Pani dolegliwości zdrowotne, które powstały lub pogłębiły się z powodu pracy wykonywanej przez Pana/Panią obecnie lub w przeszłości?	B6
Nie, nie odczuwałem(-łam) żadnych dolegliwości	1
Nie, odczuwałem(-łam) dolegliwości, ale nie były one związane z moją pracą	2
Tak, odczuwałem(-łam) dolegliwości i były one związane z moją pracą	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PYTANIA B7-B8 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH (ODP. 10 W PYT. 15 LUB 1 W PYT. 16 ANKIETY ZDROWIE-1)**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan/Pani nieobecny(-na) w pracy z powodu problemów zdrowotnych? (proszę wziąć pod uwagę wszystkie swoje choroby, urazy i dolegliwości zdrowotne, których skutkiem była nieobecność w pracy)	B7	
Tak	1	→ B8
Nie	2	→ B9
Nie wiem	8	→ B9
Odmowa odpowiedzi	9	→ B9

Ile dni łącznie w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan/Pani nieobecny(-na) w pracy z powodu problemów zdrowotnych?	B8
Wpisać łączną liczbę dni	
Nie wiem	998
Odmowa odpowiedzi	999

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA DOT. FUNKCJONOWANIA NARZĄDÓW, NIE NALEŻY BRAĆ POD UWAGĘ PROBLEMÓW TYMCZASOWYCH**

Czy używa Pan/Pani okularów lub szkieł kontaktowych?	B9	
Tak	1	→B10
Nie	2	→B10
Jestem niewidomy(-ma) lub prawie nie widzę	3	→B12
Nie wiem	8	→B10
Odmowa odpowiedzi	9	→B10

**RESPONDENT: PROSZĘ WZIĄĆ POD UWAGĘ ZWYKŁE KORZYSTANIE Z OKULARÓW, SZKIEŁ KONTAKTOWYCH LUB INNYCH POMOCY**

Czy może Pan/Pani zobaczyć druk w gazecie?	B10
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z dużą trudnością	3
Nie, nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy może Pan/Pani zobaczyć czyjąś twarz z odległości około 4 m (np. po drugiej stronie ulicy)?	B11
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z dużą trudnością	3
Nie, nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy używa Pan/Pani aparatu słuchowego?	B12	
Tak	1	→B13
Nie	2	→B13
Jestem głuchy(-cha) lub prawie nie słyszę	3	→B14
Nie wiem	8	→B13
Odmowa odpowiedzi	9	→B13

**RESPONDENT: PROSZĘ WZIĄĆ POD UWAGĘ ZWYKŁE KORZYSTANIE Z APARATU SŁUCHOWEGO**

Czy słyszy Pan/Pani, gdy rozmawia z kilkoma osobami?	B13
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z dużą trudnością	3
Nie, w ogóle nie słyszę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**RESPONDENT: OKREŚLENIE „NIE KORZYSTAJĄC Z ŻADNEJ POMOCY” OZNACZA WYKONANIE CZYNNOŚCI BEZ POMOCY ODPOWIEDNICH URZĄDZEŃ LUB INNEJ OSOBY**

Czy może Pan/Pani przejść 500 m po terenie płaskim, nie korzystając z żadnej pomocy?	B14
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z wielką trudnością	3
Nie, w ogóle nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy może Pan/Pani wejść po schodach na I piętro i zejść, nie korzystając z żadnej pomocy?	B15
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z wielką trudnością	3
Nie, w ogóle nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy może Pan/Pani schylić się i uklęknąć, nie korzystając z żadnej pomocy?	B16
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z wielką trudnością	3
Nie, w ogóle nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy może Pan/Pani nieść torbę z zakupami o wadze 5 kg, przez co najmniej 10 m, nie korzystając z żadnej pomocy?	B17
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z wielką trudnością	3
Nie, w ogóle nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy przemieszczając się, korzysta Pan/Pani z następujących urządzeń pomocniczych?		B18	
		Tak	Nie
Laska, kula, balkonik itp.	1	1	2
Wózek inwalidzki	2	1	2
Specjalnie dostosowany samochód osobowy	3	1	2

<b>Czy może Pan/Pani schwyć palcami lub trzymać w palcach drobny przedmiot, np. długopis, <u>nie korzystając z żadnej pomocy?</u></b>	<b>B19</b>
Tak, bez żadnej trudności	1
Tak, ale z pewną trudnością	2
Tak, ale z wielką trudnością	3
Nie, w ogóle nie mogę	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B2**

<b>Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w samodzielnym wykonaniu następujących czynności? (nie należy brać pod uwagę problemów tymczasowych)</b>		<b>B20</b>					
<b>Rodzaje czynności</b>		Nie, bez żadnej trudności	Tak, mam pewne trudności	Tak, mam duże trudności	Nie wykonam tego sam(a)	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Spożywanie posiłków	1	1	2	3	4	8	9
Kładzenie się i wstawanie z łóżka lub siadanie i wstawanie z krzesła	2	1	2	3	4	8	9
Ubieranie się i rozbieranie	3	1	2	3	4	8	9
Korzystanie z ubikacji (WC)	4	1	2	3	4	8	9
Umycie i wytarcie całego ciała (od stóp do głowy)	5	1	2	3	4	8	9

**ANKIETER: JEŚLI W POPRZEDNIM PYTANIU ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEŹ 2, 3 LUB 4, NALEŻY ZADAĆ PYTANIA B21-B25; W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B26.**

**RESPONDENT: PROSZĘ POMYŚLEĆ O WSZYSTKICH CZYNNOŚCIACH ZWIĄZANYCH Z SAMOOBŚLUGĄ, KTÓRYCH SAMODZIELNE WYKONANIE SPRAWIA PANU/PANI TRUDNOŚĆ.**

<b>Czy przy wykonywaniu którejs z tych czynności ma Pan/Pani zwykle jakąś pomoc? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)</b>	<b>B21</b>	
Tak, pomoc innej osoby	1	→B22
Tak, korzystam ze specjalnych urządzeń pomocniczych	2	→B22
Tak, mam specjalnie dostosowane mieszkanie	3	→B22
Nie, sam(a) wykonuję wszystkie te czynności	4	→B24
Nie wiem	8	→B24
Odmowa odpowiedzi	9	→B24

**ANKIETER: PYTANIE B22 TYLKO DLA OSÓB MAJĄCYCH JAKĄŚ POMOC**

<b>Czy pomoc ta jest wystarczająca?</b>	<b>B22</b>	
Tak	1	→B26
Nie, dla przynajmniej 1 czynności	2	→B23
Nie wiem	8	→B26
Odmowa odpowiedzi	9	→B26

<b>Jeśli nie jest wystarczająca, to jakiego rodzaju pomocy Pan/Pani potrzebuje? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)</b>	<b>B23</b>	
Pomocy innej osoby	1	→B26
Specjalnych urządzeń pomocniczych	2	→B26
Specjalnie dostosowanego mieszkania	3	→B26
Nie wiem	8	→B26
Odmowa odpowiedzi	9	→B26

**ANKIETER: PYTANIE B24 TYLKO DLA OSÓB, KTÓRE NIE KORZYSTAJĄ Z ŻADNEJ POMOCY**

<b>Czy przydałaby się Panu/Pani pomoc?</b>	<b>B24</b>	
Tak, dla przynajmniej 1 czynności	1	→B25
Nie	2	→B26
Nie wiem	8	→B26
Odmowa odpowiedzi	9	→B26

<b>Jeśli tak, to jakiej pomocy Pan/Pani potrzebuje? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)</b>	<b>B25</b>
Pomocy innej osoby	1
Specjalnych urządzeń pomocniczych	2
Specjalnie dostosowanego mieszkania	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B3**

Czynności domowe		B26	
Rodzaje czynności domowych		Czy zwykle ma Pan/Pani trudności w samodzielnym wykonaniu następujących czynności? (nie należy brać pod uwagę problemów tymczasowych)	Jeśli ma Pan/Pani trudności to proszę powiedzieć, dlaczego? (kol. 1= 2, 3, 4 lub 8)
0		1 – Nie, nie mam żadnej trudności 2 – Tak, mam pewne trudności 3 – Tak, mam duże trudności 4 – Nie wykonam tego sam(a) 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi	1 – Głównie stan zdrowia, niesprawność lub podeszły wiek 2 – Głównie inny powód (nigdy nie próbowałem(łam) tego zrobić itp.) 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi
		1	2
Przygotowanie posiłków	1	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Korzystanie z telefonu (np. wybranie numeru i rozmowa)	2	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Robienie zakupów	3	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Stosowanie/zażywanie leków	4	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Lekkie prace domowe (np. gotowanie, zmywanie, prasowanie)	5	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Ciężkie prace domowe (np. mycie okien lub podłóg, trzepanie dywanów)	6	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9
Zajmowanie się sprawami finansowymi i innymi sprawami administracyjnymi (np. płacenie rachunków)	7	1 2 3 4 8 9	1 2 8 9

**ANKIETER: JEŚLI W PYTANIU B26 W KOLUMNIE 2 ZAZNACZONO PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ ODPOWIEDZ 1 – GŁÓWNIEM STAN ZDROWIA, NIESPRAWNOŚĆ LUB PODESZŁY WIEK – NALEŻY ZADAĆ PONIŻSZE PYTANIA; W INNYCH PRZYPADKACH PRZEJŚĆ DO PYTANIA B32**

Czy przy wykonywaniu którejs z tych czynności ma Pan/Pani zwykle jakąś pomoc? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)	B27	
Tak, pomoc innej osoby	1	→B28
Tak, korzystam ze specjalnych urządzeń pomocniczych	2	→B28
Tak, mam specjalnie dostosowane mieszkanie	3	→B28
Nie, sam(a) wykonuję wszystkie te czynności	4	→B30
Nie wiem	8	→B30
Odmowa odpowiedzi	9	→B30

**ANKIETER: PYTANIE B28 TYLKO DLA OSÓB MAJĄCYCH JAKĄS POMOC**

Czy pomoc ta jest wystarczająca?	B28	
Tak	1	→B32
Nie, dla przynajmniej 1 czynności	2	→B29
Nie wiem	8	→B32
Odmowa odpowiedzi	9	→B32

Jeśli nie jest wystarczająca, to jakiego rodzaju pomocy Pan/Pani potrzebuje? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)	B29	
Pomocy innej osoby	1	→B32
Specjalnych urządzeń pomocniczych	2	→B32
Specjalnie dostosowanego mieszkania	3	→B32
Nie wiem	8	→B32
Odmowa odpowiedzi	9	→B32

**ANKIETER: PYTANIE B30 TYLKO DLA OSÓB, KTÓRE NIE KORZYSTAJĄ Z ŻADNEJ POMOCY**

Czy potrzebuje Pan/Pani pomocy przy wykonywaniu którejs z tych czynności?	B30	
Tak, dla przynajmniej 1 czynności	1	→B31
Nie	2	→B32
Nie wiem, nie pamiętam	8	→B32
Odmowa odpowiedzi	9	→B32

<b>Jeśli tak, to jakiej pomocy Pan/Pani potrzebuje? (można zaznaczyć wiele odpowiedzi)</b>	<b>B31</b>
Pomocy innej osoby	1
Specjalnych urządzeń pomocniczych	2
Specjalnie dostosowanego mieszkania	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

<b>Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niepełnosprawność, niezdolność do pracy lub inwalidztwo wydane przez Zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych? (w przypadku posiadania dwóch orzeczeń należy zaznaczyć odpowiedź dotyczącą orzeczenia najnowszego)</b>	<b>B32</b>	
Nie	1	→B33
Tak, posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub o I grupie inwalidztwa	2	→B34
Tak, posiadam orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub o całkowitej niezdolności do pracy lub o II grupie inwalidztwa	3	→B34
Tak, posiadam orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności lub o częściowej niezdolności do pracy lub o celowości przekwalifikowania zawodowego lub o III grupie inwalidztwa	4	→B34
Tak, posiadam orzeczenie o niepełnosprawności - dotyczy tylko osób w wieku 15 lat	5	→B34
Nie wiem	8	→B33
Odmowa odpowiedzi	9	→B35

<b>Czy posiada Pan/Pani aktualne orzeczenie ustalające niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym lub inwalidztwo - wydane przed 1 stycznia 1998 r. przez komisję: Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub MON lub MSWiA?</b>	<b>B33</b>	
Nie	1	→B35, jeśli B3>2
Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym z uprawnieniami do zasiłku pielęgnacyjnego lub o I grupie inwalidztwa	2	→B34
Tak, posiadam orzeczenie o II grupie inwalidztwa	3	→B34
Tak, posiadam orzeczenie o długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym bez uprawnień do zasiłku pielęgnacyjnego lub o III grupie inwalidztwa	4	→B34
Nie wiem	8	→B35
Odmowa odpowiedzi	9	→B35

**ANKIETER - PYTANIE DOTYCZY TAKŻE OSÓB, KTÓRE W PYTANIU B3 PODAŁY ODPOWIEDZ 1 LUB 2.**

<b>Wcześniejsze odpowiedzi wskazują, że ma Pan/Pani pewne ograniczenia dotyczące sprawności czy zdolności do pracy – a zatem czy występują obecnie u Pana/Pani następujące grupy schorzeń?</b>		<b>B34</b>	
		<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
Uszkodzenia i choroby narządu ruchu	1	1	2
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	2	1	2
Uszkodzenia i choroby narządu słuchu	3	1	2
Schorzenia układu krążenia	4	1	2
Schorzenia neurologiczne	5	1	2
Schorzenia psychiczne	6	1	2
Upośledzenie umysłowe	7	1	2
Inne schorzenia	8	1	2



**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B4**

Jakiego stopnia ból fizyczny lub dyskomfort fizyczny odczuwał(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni?	B35
W ogóle nie odczuwałem(-lam) żadnego bólu lub dyskomfortu fizycznego	1
Niewielki	2
Umiarkowany	3
Silny	4
Wyjątkowo silny	5
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B5**

Jak często w ciągu ostatnich 4 tygodni czuł(a) się Pan/Pani.....?								B36
Uczucia i nastroje		Przez cały czas	Przez większość dni	Przez kilka dni	Bardzo rzadko	Nigdy	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Pełen/pełna życia	1	1	2	3	4	5	8	9
Bardzo zdenerwowany(-na)	2	1	2	3	4	5	8	9
Tak głęboko przygnębiony(-na), że nic nie mogło podnieść Pana/Pani na duchu	3	1	2	3	4	5	8	9
Spokojny(-na) i opanowany(-na)	4	1	2	3	4	5	8	9
Że ma dużo siły i energii do działania	5	1	2	3	4	5	8	9
Smutny(-na), przybity(-ta) lub miał(a) Pan/Pani chandrę	6	1	2	3	4	5	8	9
Wykończony(-na), wyczerpany(-na)	7	1	2	3	4	5	8	9
Szczęśliwy(-wa)	8	1	2	3	4	5	8	9
Zmęczony(-na)	9	1	2	3	4	5	8	9

**OPIEKA ZDROWOTNA**

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYT. B37-B39, NIE NALEŻY UJMOWAĆ POBYTU W SZPITALU ZWIĄZANEGO Z PORODEM.**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(ka) i pozostawał(a) tam przez co najmniej 1 noc?	B37	
Tak	1	→B38
Nie	2	→B40
Nie wiem	8	→B40
Odmowa odpowiedzi	9	→B40

Jeśli tak, to ile razy?		B38	
Liczba pobytów ogółem	1		
w tym zakończonych (jeśli respondent(ka) nie wie – wpisać 98, jeśli odmawia odpowiedzi – wpisać 99 i przejść do pytania B40)	2		→B39

<b>Ile nocy łącznie spędził(a) Pan/Pani w szpitalach? (tylko zakończone pobyty)</b>	<b>B39</b>
<b>Liczba nocy</b>	
Nie wiem	998
Odmowa odpowiedzi	999

<b>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywał(a) Pan/Pani w szpitalu jako pacjent(ka) dzienny(-na), tzn. w szpitalnym łóżku, ale bez konieczności pozostawania na noc?</b>	<b>B40</b>	
Tak	1	→B41
Nie	2	→B42
Nie wiem	8	→B42
Odmowa odpowiedzi	9	→B42

<b>Jeśli tak, to ile dni łącznie?</b>	<b>B41</b>
<b>Liczba dni</b>	
Nie wiem	998
Odmowa odpowiedzi	999

<b>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że zgodnie z zaleceniem lekarza powinien/powinna Pan/Pani być przyjęty(-ta) do szpitala (z noclegiem lub jako pacjent(ka) dzienny(-na)), a nie był(a) Pan/Pani?</b>	<b>B42</b>	
Tak, była co najmniej jedna taka sytuacja	1	→B43
Nie, nie było takiej sytuacji	2	→B44
Nie wiem	8	→B44
Odmowa odpowiedzi	9	→B44

<b>Jaka była tego główna przyczyna? (podać tylko jedną przyczynę)</b>	<b>B43</b>
Nie było mnie na to stać (pobyt był za drogi lub nieobjęty ubezpieczeniem zdrowotnym)	1
Lista oczekujących, inne powody związane ze szpitalem	2
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	3
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	4
Lęk przed operacją/leczeniem	5
Inne powody	6
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

<b>Kiedy ostatnio był(a) Pan/Pani jako pacjent(ka) u dentysty lub ortodonta?</b>	<b>B44</b>	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→B45
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→B47
Nigdy nie byłem(-łam)	3	→B47
Nie wiem	8	→B47
Odmowa odpowiedzi	9	→B47

<b>Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni był(a) Pan/Pani jako pacjent(ka) u dentysty lub ortodonta?</b>	<b>B45</b>	
<b>Ile razy (jeżeli nie był(a) - wpisać 0 i przejść do pytania B47)</b>		→B46
Nie wiem	88	→B47
Odmowa odpowiedzi	99	→B47

<b>Ile zapłacił(a) Pan/Pani za swoją opiekę stomatologiczną w ciągu ostatnich 4 tygodni?</b>	<b>B46</b>
<b>Kwota w zł (jeżeli nie płacił(a) - wpisać 0)</b>	
Nie wiem	9998
Odmowa odpowiedzi	9999

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYT. B47–B48, PROSZĘ WZIĄĆ POD UWAGĘ ZARÓWNO WIZYTY W GABINECIE LEKARZA, JAK I WIZYTY DOMOWE ORAZ KONSULTACJE TELEFONICZNE.**

<b>Kiedy ostatnio konsultował(a) się Pan/Pani jako pacjent(ka) z lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem rodzinnym?</b>	<b>B47</b>	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→B48
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→B49
Nigdy	3	→B49
Nie wiem	8	→B49
Odmowa odpowiedzi	9	→B49

<b>Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni konsultował(a) się Pan/Pani jako pacjent(ka) z lekarzem pierwszego kontaktu lub lekarzem rodzinnym?</b>	<b>B48</b>	
<b>Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0)</b>		
Nie wiem	88	
Odmowa odpowiedzi	99	

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYT. B49–B53, NALEŻY UJAĆ KONSULTACJE AMBULATORIJNE, PODCZAS OSTREGO DYŻURU W SZPITALU ORAZ WIZYTY U LEKARZA W MIEJSCU PRACY LUB W SZKOLE. NIE NALEŻY UJMOWAĆ KONSULTACJI PODCZAS POBYTU W SZPITALU (JAKO PACJENT DZIENNY CZY CAŁODOBOWY).**

Kiedy ostatnio konsultował(a) się Pan/Pani jako pacjent(ka) z lekarzem specjalistą?	B49	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→B50
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→B52
Nigdy	3	→B52
Nie wiem	8	→B52
Odmowa odpowiedzi	9	→B52

Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni konsultował(a) się Pan/Pani jako pacjent(ka) z lekarzem specjalistą?	B50	
Ile razy <i>(jeżeli ani razu - wpisać 0 i przejść do pytania B52)</i>		
Nie wiem	88	→B52
Odmowa odpowiedzi	99	→B52

Ile zapłacił(a) Pan/Pani za swoje wizyty u lekarzy specjalistów w ciągu ostatnich 4 tygodni?	B51	
Kwota w zł <i>(jeżeli respondent(ka) nie płacił(a) - wpisać 0)</i>		
Nie wiem	9998	
Odmowa odpowiedzi	9999	

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że rzeczywiście potrzebował(a) Pan/Pani skonsultować się z lekarzem specjalistą, ale nie zrobił(a) Pan/Pani tego?	B52	
Tak, była co najmniej jedna taka sytuacja	1	→B53
Nie, nie było takiej sytuacji	2	→B54
Nie wiem	8	→B54
Odmowa odpowiedzi	9	→B54

Jaka była tego główna przyczyna? <i>(podać tylko jedną przyczynę)</i>	B53	
Nie było mnie na to stać (wizyta była za droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	01	
Lista oczekujących, brak skierowania	02	
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	03	
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	04	
Lęk przed lekarzem/szpitalami/badaniem/leczeniem	05	
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem sam minie	06	
Nie znałem(-łam) żadnego dobrego lekarza specjalisty	07	
Inne powody	08	
Nie wiem	98	
Odmowa odpowiedzi	99	

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B6**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan/Pani jako pacjent(ka) z usług świadczonych przez.....?					B54
Wyszczególnienie		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Laboratorium analityczne, pracownię radiologiczną lub inną (np. USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego)	1	1	2	8	9
Fizjoterapeutę/kinezyterapeutę	2	1	2	8	9
Pielęgniarkę, położną	3	1	2	8	9
Dietetyka	4	1	2	8	9
Logopedę	5	1	2	8	9
Chiropraktyka (kręgarza), masażystę	6	1	2	8	9
Terapeutę zajęciowego	7	1	2	8	9
Psychologa lub psychoterapeutę	8	1	2	8	9
Innego specjalistę medycznego (np. higienistkę stomatologiczną, audiologa, protetyka)	9	1	2	8	9
Homeopatę	10	1	2	8	9
Specjalistę od akupunktury	11	1	2	8	9
Zielarza (fitoterapeutę)	12	1	2	8	9
Inną osobę praktykującą medycynę alternatywną (np. bioenergoterapeutę)	13	1	2	8	9

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy korzystał(a) Pan/Pani osobiście z następujących form pomocy?					B55
Wyszczególnienie		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Z domowych usług opieki/pielęgniacyjnych świadczonych przez pielęgniarkę lub położną	1	1	2	8	9
Z pomocy w domu przy pracach domowych lub dla starszych osób	2	1	2	8	9
Z usług dostarczania posiłków do domu	3	1	2	8	9
Z usług transportowych	4	1	2	8	9
Z innych rodzajów usług opieki w domu	5	1	2	8	9

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA LEKÓW, NALEŻY WZIĄĆ POD UWAGĘ TAKŻE TZW. SUPLEMENTY DIETY (NP. WITAMINY, MINERAŁY). KOBIECY POWINNY UWZGLĘDNIĆ TAKŻE PIGUŁKI ANTYKONCEPCYJNE I INNE LEKI HORMONALNE.**

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(a) Pan/Pani jakieś leki <u>przepisane lub zalecane przez lekarza?</u>		B56
Tak	1	→B57
Nie	2	→B59
Nie wiem	8	→B59
Odmowa odpowiedzi	9	→B59

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B7**

Czy były to następujące leki?					<b>B57</b>
Rodzaje leków		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Na astmę	01	1	2	8	9
Na przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłą zaporową chorobę płuc, rozedmę płuc	02	1	2	8	9
Na wysokie ciśnienie krwi	03	1	2	8	9
Obniżające poziom cholesterolu we krwi	04	1	2	8	9
Na inną chorobę sercowo-naczyniową, jak udar i zawał serca	05	1	2	8	9
Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów)	06	1	2	8	9
Na bóle szyi lub pleców	07	1	2	8	9
Na bóle głowy lub migrenę	08	1	2	8	9
Na inne bóle	09	1	2	8	9
Na cukrzycę	10	1	2	8	9
Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)	11	1	2	8	9
Na problemy żołądkowe	12	1	2	8	9
Na nowotwór złośliwy (np. chemioterapia)	13	1	2	8	9
Na depresję	14	1	2	8	9
Na napięcie emocjonalne lub lęk	15	1	2	8	9
Tabletki nasenne	16	1	2	8	9
Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin)	17	1	2	8	9
<u>Tylko dla kobiet w wieku do 50 lat</u> Pigulki antykoncepcyjne	18	1	2	8	9
<u>Tylko dla kobiet w wieku powyżej 45 lat</u> Leki hormonalne na menopauzę	19	1	2	8	9
Inne leki przepisane/zalecane przez lekarza	20	1	2	8	9

Ile zapłacił(a) Pan/Pani za leki przepisane przez lekarza, <u>które stosował(a) Pan/Pani w ciągu ostatnich 2 tygodni?</u>	<b>B58</b>
<b>Kwota w zł</b> <i>(jeżeli respondent(ka) nie płacił(a) - wpisać 0)</i>	
Nie wiem	9998
Odmowa odpowiedzi	9999

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni stosował(a) Pan/Pani leki lub suplementy diety, które <u>nie były przepisane lub bez zalecenia lekarza?</u>	<b>B59</b>	
Tak	1	→B60
Nie	2	→B61
Nie wiem	8	→B61
Odmowa odpowiedzi	9	→B61

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B8**

Czy były to następujące leki?					<b>B60</b>
Rodzaje leków		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Na bóle stawów (choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenie stawów)	1	1	2	8	9
Na bóle głowy lub migrenę	2	1	2	8	9
Na inne bóle	3	1	2	8	9
Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	4	1	2	8	9
Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)	5	1	2	8	9
Na problemy żołądkowe	6	1	2	8	9
Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające	7	1	2	8	9
Inne leki lub suplementy	8	1	2	8	9

Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-na) przeciw grypie?	<b>B61</b>	
Tak	1	→B62
Nie	2	→B64
Nie wiem	8	→B64
Odmowa odpowiedzi	9	→B64

Czy był(a) Pan/Pani kiedykolwiek szczepiony(-na) przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typ B?	<b>B64</b>	
Tak	1	→B65
Nie	2	→B66
Nie wiem	8	→B66
Odmowa odpowiedzi	9	→B66

Jeżeli tak, to kiedy ostatnio?	<b>B65</b>
Podać, ile lat temu ( <i>jeżeli w ciągu ostatniego roku – wpisać 0</i> )	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

Jeśli tak, to kiedy ostatnio?	<b>B62</b>	
W bieżącym roku (w 2009 r.)	1	→B63
W ubiegłym roku (w 2008 r.)	2	→B63
W 2007 r. lub dawniej	3	→B64
Nie wiem	8	→B64
Odmowa odpowiedzi	9	→B64

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B9**

Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek mierzone przez lekarza lub pielęgniarkę ciśnienie krwi?	<b>B66</b>	
Tak	1	→B67
Nie	2	→B68
Nie wiem	8	→B68
Odmowa odpowiedzi	9	→B68

W którym miesiącu został(a) Pan/Pani zaszczepiony(-na)?	<b>B63</b>
miesiąc (01, 02, ..., 12)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

Kiedy ostatnio?	<b>B67</b>
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1
1-5 lat temu	2
Ponad 5 lat temu	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**RESPONDENT: PYTANIA B68–B71 DOTYCZA TYLKO BADAŃ WYKONANYCH W LABORATORIUM ANALITYCZNYM**

Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek badany poziom cholesterolu we krwi?	B68	
Tak	1	→B69
Nie	2	→B70
Nie wiem	8	→B70
Odmowa odpowiedzi	9	→B70

Kiedy ostatnio?	B69	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	
1-5 lat temu	2	
Ponad 5 lat temu	3	
Nie wiem	8	
Odmowa odpowiedzi	9	

Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek mierzony poziom cukru we krwi?	B70	
Tak	1	→B71
Nie	2	→B72
Nie wiem	8	→B72
Odmowa odpowiedzi	9	→B72

Kiedy ostatnio?	B71	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	
1-5 lat temu	2	
Ponad 5 lat temu	3	
Nie wiem	8	
Odmowa odpowiedzi	9	

**DETERMINANTY ZDROWIA**

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYT. B72 DOTYCZĄCE AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ, PROSZĘ WZIĄĆ POD UWAGĘ CZYNNOŚCI, JAKIE WYKONYWAŁ(A) PAN/PANI W CIĄGU CAŁEGO DNIA, T.J. W PRACY, W DOMU CZY OGRODZIE, JAK RÓWNIEŻ W CZASIE WOLNYM OD OBOWIĄZKÓW I PODCZAS PRZEMIESZCZANIA SIĘ Z MIEJSCA NA MIEJSCE, A ICH WYKONYWANIE TRWAŁO CO NAJMNIEJ 10 MINUT ZA KAŻDYM RAZEM.**

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B10**

Aktywność fizyczna w ciągu ostatnich 7 dni		B72	
Rodzaje aktywności	Przez ile dni w ciągu ostatnich 7 dni wykonywał(a) Pan/Pani te czynności? <i>(jeżeli respondent(-ka) nie wykonywał(a) - wpisać 0, jeśli nie wie - wpisać 8, jeśli odmawia odpowiedzi - wpisać 9)</i>	Ile czasu łącznie w ciągu ostatnich 7 dni poświęcił(a) Pan/Pani na te czynności? <i>(można podać przybliżony czas wykonywania; jeśli respondent(ka) nie wie – wpisać dwa razy 98, jeśli odmawia odpowiedzi – wpisać dwa razy 99)</i>	
		godzin	minut
0	1	2	
Wymagające dużego wysiłku fizycznego	1		
Wymagające umiarkowanego wysiłku fizycznego	2		
Chodzenie, spacerowanie (przez co najmniej 10 minut za każdym razem)	3		

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B11**

Jak często pije/jada Pan/Pani?									B73
Wyszczególnienie		2 razy dziennie lub częściej	1 raz dziennie	4-6 razy w tygodniu	1-3 razy w tygodniu	Rzadziej niż 1 raz w tygodniu	Nigdy	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Soki owocowe lub warzywne	1	1	2	3	4	5	6	8	9
Owoce	2	1	2	3	4	5	6	8	9
Warzywa (z wyjątkiem ziemniaków)	3	1	2	3	4	5	6	8	9

**ANKIETER: DLA PYTAŃ B74 DO B76 PODAĆ KARTĘ NR B12**

W jakim stopniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan/Pani – przebywając w domu – narażony(-na) na następujące czynniki?						B74
Wyszczególnienie		Poważnie narażony(-na)	Umiarkowanie narażony(-na)	Nie byłem(-lam) narażony(-na)	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Hałas (np. ruch uliczny, pociągi, samoloty, zakłady przemysłowe, sąsiedzi, zwierzęta, restauracja/bar/dyskoteka)	1	1	2	3	8	9
Zanieczyszczenie powietrza (miał, pyły, kurz, zadymienie, opary, spaliny, ozon)	2	1	2	3	8	9
Nieprzyjemne zapachy (przemysłowe, rolnicze, ścieki, odpadki)	3	1	2	3	8	9

W jakim stopniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan/Pani narażony(-na) na przestępstwo, przemoc lub akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania?	B75
Poważnie narażony(-na)	1
Umiarkowanie narażony(-na)	2
Nie byłem(-lam) narażony(-na)	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9



**ANKIETER: PYTANIE B76 TYLKO DLA OSÓB OBECNIE PRACUJĄCYCH (ODP. 10 W PYT. 15 LUB 1 W PYT. 16 ANKIETY ZDROWIE-1)**

A w miejscu pracy – w jakim stopniu jest Pan/Pani narażony(-na) na.....?						B76
Wyszczególnienie		Poważnie narażony(-na)	Umiarkowanie narażony(-na)	Nie był(-łam) narażony(-na)	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Dreńczenie, molestowanie, mobbing	1	1	2	3	8	9
Dyskryminację	2	1	2	3	8	9
Przemoc lub groźbę przemocy	3	1	2	3	8	9
Presję czasu lub nawał pracy	4	1	2	3	8	9
Chemikalia, pyły, opary, dymy lub gazy	5	1	2	3	8	9
Hałas lub wibracje (drżania)	6	1	2	3	8	9
Uciążliwe pozycje lub ruchy podczas pracy lub przenoszenie ciężkich ładunków	7	1	2	3	8	9
Ryzyko wypadku	8	1	2	3	8	9

<b>Czas trwania wywiadu indywidualnego</b>	<b>CZAS I</b>
W minutach	

<b>Ważne uwagi o respondencie</b>	<b>UWAGA</b>

**FORMULARZ DO SAMODZIELNEGO WYPEŁNIENIA PRZEZ RESPONDENTA**

**ODPOWIEDZI NA PYTANIA NALEŻY UDZIELIĆ OSOBIŚCIE. NA PYTANIA NIE MOŻE ODPOWIEDAĆ OSOBA ZASTĘPCZA. PRZED UDZIELENIEM ODPOWIEDZI PROSZĘ UWAŻNIE PRZECZYTAĆ PYTANIE I KATEGORIE ODPOWIEDZI. NASTĘPNIE PROSZĘ ZAKREŚLIĆ ODPOWIEDŹ, KTÓRA JEST PANU/PANI NAJBLIŻSZA, LUB WPISAĆ W KRATKACH ODPOWIEDNIĄ LICZBĘ.**

**PRZYKŁADY:**

Pytanie	BXX
Odpowiedź 1	1
Odpowiedź 2	2

Pytanie	BXX
Odpowiedź (wpisać)	130

**INSTRUKCJE NASTĘPUJĄCE PO ZNAKU „STRZAŁKA” OBOK KRATKI (→BXX) WSKAZUJĄ PYTANIE, DO KTÓREGO POWINIEN/POWINNA PAN/PANI PRZEJŚĆ PO ZAZNACZENIU TEJ ODPOWIEDZI. JEŻELI PRZY KRATCE NIE MA ZNAKU „STRZAŁKA”, NALEŻY PRZEJŚĆ DO KOLEJNEGO PYTANIA.**

**PROSZĘ ZAZNACZYĆ TYLKO JEDNĄ ODPOWIEDŹ, CHYBA ŻE PYTANIE DOPUSZCZA WIĘCEJ MOŻLIWOŚCI ODPOWIEDZI.**

**PANA/PANI ODPOWIEDZI POZOSTANĄ POUFNE, PROSZĘ ZATEM O SZCZEROŚĆ.**

**Wsparcie społeczne**

Ile osób jest Panu/Pani tak bliskich, że może Pan/Pani liczyć na nie w przypadku poważnych problemów życiowych?	B77
Nie ma takich osób	1
1 lub 2 osoby	2
3-5 osób	3
Więcej niż 5 osób	4
Nie wiem	8

Co pali Pan/Pani codziennie? (można podać więcej odpowiedzi)	B81
Papierosy robione przemysłowo	1
Papierosy skręcane ręcznie	2
Cygara	3
Fajkę nabitą tytoniem	4
Inne	5

**Wzrost i waga**

Ile Pan/Pani ma wzrostu (bez butów)?	B78
W centymetrach	
Nie pamiętam	888

Ile średnio papierosów, cygar lub fajek pali Pan/Pani codziennie?	B82	
Papierosy robione przemysłowo	1	→B84
Papierosy skręcane ręcznie	2	→B84
Cygara	3	→B84
Fajka nabitą tytoniem	4	→B84
Inne	5	→B84

Ile Pan/Pani waży (bez ubrania i butów)? (kobiety w ciąży podają wagę sprzed ciąży)	B79
W kilogramach	
Nie pamiętam	888

**Palenie tytoniu**

Czy obecnie w ogóle Pan/Pani pali?	B80	
Tak, codziennie	1	→B81
Tak, okazjonalnie	2	→B83
W ogóle nie palę	3	→B83

Czy kiedykolwiek palil(a) Pan/Pani (papierosy, cygara, fajkę) codziennie lub prawie codziennie przez co najmniej 1 rok?	B83	
Tak	1	→B84
Nie	2	→B85

Przez ile lat pali (palil(a)) Pan/Pani codziennie? Należy wliczyć wszystkie okresy codziennego palenia. (jeżeli nie pamięta Pan/Pani dokładnie, proszę podać przybliżoną liczbę lat; jeśli krócej niż 1 rok – proszę wpisać 0)	<b>B84</b>
Ile lat	

**JEŚLI OBECNIE PAN/PANI PALI TYTOŃ  
CODZIENNIE, PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA B88**

Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy w domu?	<b>B85</b>
Nigdy lub prawie nigdy	1
Krócej niż przez 1 godzinę dziennie	2
1-5 godzin dziennie	3
Dłużej niż przez 5 godzin dziennie	4
Nie wiem, nie pamiętam	8

Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy w miejscach publicznych i w środkach transportu?	<b>B86</b>
Nigdy lub prawie nigdy	1
Krócej niż przez 1 godzinę dziennie	2
1-5 godzin dziennie	3
Dłużej niż przez 5 godzin dziennie	4
Nie wiem, nie pamiętam	8

Jak często jest Pan/Pani narażony(-na) na dym tytoniowy w miejscu pracy (wewnątrz budynków)?	<b>B87</b>
Nie dotyczy (w ogóle nie pracuję lub nie pracuję w pomieszczeniu zamkniętym)	1
Nigdy lub prawie nigdy	2
Krócej niż przez 1 godzinę dziennie	3
1-5 godzin dziennie	4
Dłużej niż przez 5 godzin dziennie	5
Nie wiem, nie pamiętam	8

**Picie alkoholu**

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy pił(a) Pan/Pani jakiegokolwiek napoje alkoholowe (tzn. piwo, wino, wódkę lub inne napoje spirytusowe)?	<b>B88</b>	
Nigdy	1	→B91
1 raz w miesiącu lub rzadziej	2	→B91
2-4 razy w miesiącu	3	→B91
2-3 razy w tygodniu	4	→B89
4-6 razy w tygodniu	5	→B89
Codziennie	6	→B89

<b>Ile alkoholu pije Pan/Pani zazwyczaj w tygodniu</b>						<b>B89</b>
<i>(proszę zacząć od poniedziałku, a następnie przejść do kolejnych dni tygodnia. Jeśli pije Pan/Pani zwykle mniejsze ilości, np. ½ butelki piwa czy ½ kieliszka wina, proszę wpisać 0, jeśli nie pił(a) Pan/Pani w ogóle, proszę nic nie wpisywać)</i>						
<b>Dni tygodnia</b>		Piwo	Wino gronowe	Wina owocowe	Wódka	Inne napoje spirytusowe
		butelek 0,5 l	kieliszków 100 g	kieliszków 100 g	kieliszków 50 g	kieliszków 50 g
0		1	2	3	4	5
Poniedziałek	1					
Wtorek	2					
Środa	3					
Czwartek	4					
Piątek	5					
Sobota	6					
Niedziela	7					

Jak często w ciągu ostatnich 12 miesięcy wypił(a) Pan/Pani przy jednej okazji 3 lub więcej półlitrowych butelek piwa, 6 lub więcej kieliszków wina, 200 gramów lub więcej (4 kieliszki 50 g) wódki lub innego napoju spirytusowego?	<b>B90</b>
Nigdy	1
Rzadziej niż 1 raz na miesiąc	2
Raz na miesiąc	3
Raz na tydzień	4
Codziennie lub prawie codziennie	5

**Używanie narkotyków**

**PYTANIA DOTYCZĄ UŻYWANIA NARKOTYKÓW, TAKICH JAK HASZYSZ I MARIHUANA (ZNANYCH TAKŻE JAK KONOPIE, HASZYSZ, ZIELE, TRAWKA, DŻOINT, SKRĘT, SKUN, GANDZIA, SAMOSIEJKA), JAK RÓWNIŻ KOKAINA, HEROINA (KOMPOT), AMFETAMINA, GRZYBKIE HALUCYNOGENNE, LSD, EKSTAZY, ŚRODKI WZIEWNE (NP. KLEJE).**

Czy osobiście zna Pan/Pani osoby, które używają marihuany lub haszyszu?	<b>B91</b>
Tak	1
Nie	2

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan/Pani marihuany lub haszyszu?	<b>B92</b>
Tak	1
Nie	2

Czy osobiście zna Pan/Pani osoby, które używają innych narkotyków, takich jak kokaina, amfetamina, ekstazy, grzybki halucynogenne, LSD, heroina lub inne podobne substancje?	<b>B93</b>
Tak	1
Nie	2

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy używał(a) Pan/Pani innych narkotyków, takich jak kokaina, amfetamina, ekstazy, grzybki halucynogenne, LSD, heroina lub inne podobne substancje?	<b>B94</b>
Tak	1
Nie	2

**Badanie na obecność krwi utajonej w kale (badanie wykonane w laboratorium analitycznym)**

**Badanie na krew utajoną w kale (wykazanie obecności krwi w kale) wykonuje się głównie w celu wykrycia nowotworów jelita grubego oraz przy podejrzeniu innych chorób przebiegających z krwawieniem z przewodu pokarmowego lub uszkodzeniem jego błony śluzowej (np. choroba wrzodowa żołądka). Próbkę kału bada się z trzech kolejnych wypróżnień.**

Czy miał(a) Pan/Pani kiedykolwiek wykonywane badanie na obecność krwi utajonej w kale?	<b>B95</b>	
Tak	1	→B96
Nie	2	→B97
Nie wiem, nie pamiętam	8	→B97

Kiedy ostatnio?	<b>B96</b>
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1
Rok lub 2 lata temu	2
Ponad 2 do 3 lat temu	3
Ponad 3 lata temu	4
Nie pamiętam	8

**PANOM DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY.**

**NASTĘPNE PYTANIA SĄ PRZEZNACZONE TYLKO DLA PAŃ.**

**Badanie mammograficzne**

**Mammografia jest najważniejszym badaniem w profilaktyce nowotworowej raka piersi. Polega na wykonaniu zdjęć rentgenowskich piersi.**

Czy kiedykolwiek miała Pani wykonywaną mammografię, tj. prześwietlenie jednej lub obu piersi?	<b>B97</b>	
Tak	1	→B98
Nie	2	→B100
Nie pamiętam	8	→B100

Kiedy ostatnio?	<b>B98</b>
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1
Rok lub 2 lata temu	2
Ponad 2 do 3 lat temu	3
Ponad 3 lata temu	4
Nie pamiętam	8

Jaki był powód wykonania ostatniej mammografii? (można podać więcej odpowiedzi)	<b>B99</b>
Niepokojące objawy zauważone przeze mnie lub mojego lekarza pierwszego kontaktu/lekarza rodzinnego lub specjalistę (np. guzek)	1
Zalecenie mojego lekarza pierwszego kontaktu/lekarza rodzinnego lub specjalisty, ale bez niepokojących objawów	2
Przypadki raka piersi w mojej rodzinie	3
Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych	4
Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie	5
Inne powody	6
Nie pamiętam	8

**Badanie cytologiczne (wymazu z szyjki macicy)**

*Badanie jest stosowane w profilaktyce nowotworowej, przede wszystkim raka szyjki macicy. Polega na pobraniu wymazu z szyjki macicy. Może być wykonane przez lekarza ginekologa, pielęgniarkę lub położną.*

Czy kiedykolwiek miała Pani wykonywane badanie cytologiczne?	B100	
Tak	1	→B101
Nie	2	→B103
Nie wiem, nie pamiętam	8	→B103

Kiedy ostatnio?	B101
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1
Rok lub 2 lata temu	2
Ponad 2 do 3 lat temu	3
Ponad 3 lata temu	4
Nie pamiętam	8


Jaki był główny powód wykonania ostatniego badania cytologicznego? (tylko jedna odpowiedź)	B102
Objawy	1
Wizyta u ginekologa	2
Zaproszenie w ramach ogólnokrajowego lub lokalnego programu badań profilaktycznych	3
Inne powody medyczne	4
Sama dbam o swoje zdrowie i wykonuję badanie regularnie	5
Inne powody	6
Nie pamiętam	8

**PYTANIE TYLKO DLA KOBIET W WIEKU DO LAT 50**

Jakie metody regulacji urodzeń stosuje obecnie Pani lub partner? (można podać więcej odpowiedzi)	B103
Nie dotyczy	1
Nie stosujemy żadnych metod	2
Mierzenie temperatury lub/i obserwacja śluzu szyjkowego	3
Kalendarzyk małżeński	4
Stosunek przerywany	5
Prezerwatywa	6
Pigułka antykoncepcyjna lub inne środki hormonalne (np. plastry, zastrzyki)	7
Spirala	8
Środki chemiczne i inne mechaniczne	9
Inne	10

Kto wypełniał tę ankietę?	B104
Samodzielnie osoba badana	1
Ankieter	2

**DZIĘKUJEMY ZA WYPEŁNIENIE ANKIETY**

 <b>GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY</b> , 00-925 Warszawa, al. Niepodległości 208 <b>ZDROWIE-3</b> <b>Kwestionariusz indywidualny dla dziecka</b>
<b>EUROPEJSKIE ANKIETOWE BADANIE ZDROWIA</b>

**Wywiad – dla osoby w wieku 0-14 lat**

<b>SYMBOL</b>	Symbol terytorialny								
<b>REJON</b>	Nr rejonu statystycznego i nr obwodu								
<b>NRM</b>	Nr wylosowanego mieszkania w obwodzie								
<b>NRG</b>	Nr gospodarstwa domowego w mieszkaniu								
<b>NRO</b>	Nr osoby								
<b>KTO</b>	<b>Kto odpowiadał na pytania ankiety</b>								
	Osoba z tego gospodarstwa – <i>wpisać numer osoby</i>								
	Osoba spoza gospodarstwa								99
<b>DATA</b>	Data przeprowadzenia wywiadu (dzień i miesiąc)								
<b>ANKIET</b>	Nr ankietera								

**STAN ZDROWIA**

Jak ogólnie ocenia Pan/Pani zdrowie swojego dziecka? ( <i>nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy</i> )	C1
Bardzo dobrze	1
Dobrze	2
Tak sobie, ani dobrze, ani źle	3
Źle	4
Bardzo źle	5
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy dziecko ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub co do których przewiduje się, że będą trwały) 6 miesięcy lub dłużej?	C2
Tak	1
Nie	2
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Czy u dziecka stwierdzono poważne.....?					C3
Rodzaje kłopotów		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Kłopoty ze słuchem	1	1	2	8	9
Kłopoty ze wzrokiem	2	1	2	8	9
Trudności w mówieniu	3	1	2	8	9
Trudności w poruszaniu się	4	1	2	8	9
Inne trudności (np. z myciem się, ubieraniem itp.)	5	1	2	8	9

Czy dziecko korzysta z.....?					C4	
Rodzaje urządzeń pomocniczych		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi	
Okularów lub szkieł kontaktowych	1	1	2	8	9	
Aparatu słuchowego	2	1	2	8	9	
Laski, kuli, balkoniku	3	1	2	8	9	
Wózka inwalidzkiego lub innego wózka	4	1	2	8	9	
Innych urządzeń pomocniczych	5	1	2	8	9	

Czy z powodu problemów zdrowotnych dziecko miało ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?		C5
Tak, poważnie ograniczoną		1
Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie		2
Nie, nie miało żadnych ograniczeń		3
Nie wiem		8
Odmowa odpowiedzi		9

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wydane przez powiatowy lub wojewódzki zespół do spraw orzekania o stopniu niepełnosprawności?		C6
Tak		1
Nie		2
Nie wiem		8
Odmowa odpowiedzi		9

Wypadki w ciągu ostatnich 12 miesięcy (należy także wziąć pod uwagę zatrucia i rozmyślne działania innych osób)		C7	
Rodzaje wypadków		Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko uległo wypadkowi, którego skutkiem był uraz (zewnątrzny lub wewnętrzny)?  1 – Tak 2 – Nie 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi	Jeśli Tak, to kto i gdzie udzielił dziecku pomocy medycznej?  1 – Lekarz lub pielęgniarka w przychodni, ambulatorium 2 – Lekarz w szpitalu, pogotowie ratunkowe 3 – Nie wymagało pomocy medycznej 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi
0		1	2
Wypadek drogowy (komunikacyjny)	1	1 2 8 9	1 2 3 8 9
Wypadek w żłobku, w przedszkolu, w szkole	2	1 2 8 9	1 2 3 8 9
Wypadek w domu i w czasie wolnym	3	1 2 8 9	1 2 3 8 9

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR C1**

Choroby i dolegliwości przewlekłe		C8		
Lista chorób/dolegliwości przewlekłych		Czy dziecko choruje lub kiedykolwiek chorowało na.....?	Jeśli Tak, to czy ta choroba/dolegliwość	
			była stwierdzona przez lekarza?	występowała u dziecka w ciągu ostatnich 12 miesięcy?
0		1 – Tak 2 – Nie 8 – Nie wiem 9 – Odmowa odpowiedzi		
		1	2	3
Alergia (jak np. nieżyt nosa, zapalenie oka, zapalenie skóry, alergia pokarmowa lub inna) – bez astmy alergicznej	1	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Astma (łącznie z astmą o podłożu alergicznym)	2	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Choroby oka	3	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Choroby kręgosłupa	4	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Częste bóle głowy	5	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Inne choroby (niewymienione powyżej)	6	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9
Trwały uraz, obrażenia lub uszkodzenie spowodowane przez wypadek	7	1 2 8 9	1 2 8 9	1 2 8 9

Ile dziecko ma wzrostu (bez butów)? (bez znaku po przecinku, np. 90, 154)	C9
W centymetrach	
Nie wiem	888
Odmowa odpowiedzi	999

Ile dziecko waży (bez ubrania i butów)? (dzieciom poniżej 1. roku życia wpisać wagę w kilogramach i gramach, np. 5 800)	C10	
W kilogramach	kg	g
Nie wiem	888	
Odmowa odpowiedzi	999	

Czy dziecko było karmione piersią?	C11	
Tak	1	→C12
Nie	2	→C13
Nie wiem	8	→C13
Odmowa odpowiedzi	9	→C13

Ile miesięcy dziecko było karmione piersią? (podać z dokładnością do pół miesiąca, np. 2,5 lub 6,0)	C12
Miesiące (jeżeli jest nadal karmione – wpisać 88)	

**OPIEKA ZDROWOTNA**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było w szpitalu i pozostawało tam przez co najmniej 1 noc?	C13	
Tak	1	→C14
Nie	2	→C16
Nie wiem	8	→C16
Odmowa odpowiedzi	9	→C16

Jeśli tak, to ile razy?	C14	
Liczba pobytów ogółem	1	
w tym zakończonych (jeśli respondent(ka) nie wie – wpisać 98; jeśli odmawia odpowiedzi – wpisać 99 i przejść do pytania C16)	2	→C15



<b>Ile nocy łącznie dziecko spędziło w szpitalach? (tylko zakończone pobyty)</b>	<b>C15</b>
<b>Liczba nocy</b>	
Nie wiem	998
Odmowa odpowiedzi	999

<b>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko przebywało w szpitalu jako pacjent dzienny, tzn. w szpitalnym łóżku, ale bez konieczności pozostawiania na noc?</b>	<b>C16</b>	
Tak	1	→C17
Nie	2	→C18
Nie wiem	8	→C18
Odmowa odpowiedzi	9	→C18

<b>Jeśli tak, to ile dni łącznie?</b>	<b>C17</b>
<b>Liczba dni</b>	
Nie wiem	998
Odmowa odpowiedzi	999

<b>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że zgodnie z zaleceniem lekarza dziecko powinno być przyjęte do szpitala (z noclegiem lub jako pacjent dzienny), a nie było?</b>	<b>C18</b>	
Tak, była co najmniej jedna taka sytuacja	1	→C19
Nie, nie było takiej sytuacji	2	→C20
Nie wiem	8	→C20
Odmowa odpowiedzi	9	→C20

<b>Jaka była tego główna przyczyna? (podać tylko jedną przyczynę)</b>	<b>C19</b>
Nie było mnie na to stać (pobyt był za drogi lub nieobjęty ubezpieczeniem zdrowotnym)	1
Lista oczekujących, inne powody związane ze szpitalem	2
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	3
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	4
Lęk przed operacją/leczeniem	5
Inne powody	6
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PYTANIA C20-C22 DOTYCZĄ TYLKO DZIECI W WIEKU 2 LAT I WIĘCEJ**

<b>Kiedy ostatnio dziecko było u dentysty lub ortodonta?</b>	<b>C20</b>	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→C21
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→C23
Nigdy nie było	3	→C23
Nie wiem	8	→C23
Odmowa odpowiedzi	9	→C23

<b>Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u dentysty lub ortodonta?</b>	<b>C21</b>
<b>Ile razy</b> (jeżeli nie było - wpisać 0 i przejść do pytania C23)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

<b>Ile zapłacił(a) Pan/Pani za opiekę stomatologiczną dziecka w ciągu ostatnich 4 tygodni?</b>	<b>C22</b>
<b>Kwota w zł</b> (jeżeli respondent(ka) nie płacił(a) - wpisać 0)	
Nie wiem	9998
Odmowa odpowiedzi	9999

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA C23-C24, PROSZĘ WZIĄĆ POD UWAGĘ ZARÓWNO WIZYTY Z DZIECKIEM W GABINECIE LEKARZA, JAK I WIZYTY DOMOWE ORAZ KONSULTACJE TELEFONICZNE.**

<b>Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego lub pediatry?</b>	<b>C23</b>	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→C24
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→C25
Nigdy nie było	3	→C25
Nie wiem	8	→C25
Odmowa odpowiedzi	9	→C25

<b>Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza rodzinnego lub pediatry?</b>	<b>C24</b>
<b>Ile razy</b> (jeżeli ani razu - wpisać 0)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA C25–C29, NALEŻY UJAĆ KONSULTACJE AMBULATORIJNE, PODCZAS OSTREGO DYŻURU W SZPITALU ORAZ WIZYTY U LEKARZA SZKOLNEGO. NIE NALEŻY UJMOWAĆ KONSULTACJI PODCZAS POBYTU W SZPITALU (JAKO PACJENT DZIENNY CZY CAŁODOBOWY).**

Kiedy ostatnio dziecko było u lekarza specjalisty?	C25	
W ciągu ostatnich 12 miesięcy	1	→C26
Ponad 1 rok temu lub dawniej	2	→C28
Nigdy	3	→C28
Nie wiem	8	→C28
Odmowa odpowiedzi	9	→C28

Ile razy w ciągu ostatnich 4 tygodni dziecko było u lekarza specjalisty?	C26
Ile razy (jeżeli ani razu - wpisać 0 i przejść do pytania C28)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

Ile zapłacił(a) Pan/Pani za wizyty dziecka u lekarzy specjalistów w ciągu ostatnich 4 tygodni?	C27
Kwota w zł (jeżeli respondent(ka) nie płacił(a) - wpisać 0)	
Nie wiem	9998
Odmowa odpowiedzi	9999

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdarzyło się, że dziecko nie skorzystało z konsultacji u lekarza specjalisty pomimo rzeczywistej potrzeby?	C28	
Tak, była co najmniej jedna taka sytuacja	1	→C29
Nie, nie było takiej sytuacji	2	→C30
Nie wiem	8	→C30
Odmowa odpowiedzi	9	→C30

Jaka była tego główna przyczyna? (podać tylko jedną przyczynę)	C29
Nie było mnie na to stać (wizyta była za droga lub nieobjęta ubezpieczeniem zdrowotnym)	01
Lista oczekujących, brak skierowania	02
Nie miałem(-łam) czasu z powodu pracy, opieki nad dziećmi lub innymi osobami	03
Zbyt duża odległość/brak środka transportu	04
Lęk przed lekarzem/szpitalami/badaniem/leczeniem	05
Chciałem(-łam) poczekać i zobaczyć, czy problem zdrowotny dziecka sam minie bez konieczności wizyty	06
Nie znałem(-łam) żadnego dobrego lekarza specjalisty	07
Inne powody	08
Nie wiem	98
Odmowa odpowiedzi	99

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR C2**

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko korzystało z usług świadczonych przez.....?					C30
Wyszczególnienie		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Laboratorium analityczne, pracownię radiologiczną lub inną (np. USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego)	1	1	2	8	9
Pielęgniarkę, położną	2	1	2	8	9
Specjalistę leczenia wad postawy/rehabilitacji	3	1	2	8	9
Logopedę	4	1	2	8	9
Psychologa lub psychoterapeutę	5	1	2	8	9
Dietetyka	6	1	2	8	9
Fizjoterapeutę/kinezyterapeutę	7	1	2	8	9
Chiropraktyka (kręgarza), masażystę	8	1	2	8	9
Terapeutę zajęciowego	9	1	2	8	9
Innego specjalistę medycznego (np. higienistkę stomatologiczną, higienistkę szkolną, audiologa)	10	1	2	8	9
Homeopatę	11	1	2	8	9
Inną osobę praktykującą medycynę alternatywną (np. bioenergoterapeutę, ziołarza, hipoterapeutę)	12	1	2	8	9

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko korzystało z następujących form pomocy?				C31	
Wyszczególnienie		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Z domowych usług opieki/pielęgnacyjnych, świadczonych przez pielęgniarkę lub położną	1	1	2	8	9
Z usług dostarczania posiłków do domu	2	1	2	8	9
Z usług transportowych	3	1	2	8	9
Z innych rodzajów usług opieki w domu	4	1	2	8	9

**RESPONDENT: ODPOWIADAJĄC NA PYTANIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA LEKÓW, NALEŻY WZIĄĆ POD UWAGĘ TAKŻE TZW. SUPLEMENTY DIETY (NP. WITAMINY, MINERAŁY).**

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki <u>przepisane lub zalecane przez lekarza?</u>	C32	
Tak	1	→C33
Nie	2	→C35
Nie wiem	8	→C35
Odmowa odpowiedzi	9	→C35

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR C3**

Czy były to następujące leki?				C33	
Rodzaje leków		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Antybiotyki (np. penicylina czy augmentin)	1	1	2	8	9
Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	2	1	2	8	9
Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)	3	1	2	8	9
Na problemy żołądkowe	4	1	2	8	9
Na bóle głowy lub migrenę	5	1	2	8	9
Na inne bóle	6	1	2	8	9
Hormonalne syntetyczne	7	1	2	8	9
Uspokajające	8	1	2	8	9
Inne leki przepisane/zalecane przez lekarza	9	1	2	8	9

Ile zapłacił(a) Pan/Pani za leki przepisane przez lekarza, <u>które dziecko stosowało w ciągu ostatnich 2 tygodni?</u>	C34
Kwota w zł (jeżeli respondent(ka) nie płacił(a) - wpisać 0)	
Nie wiem	9998
Odmowa odpowiedzi	9999

Czy w ciągu ostatnich 2 tygodni dziecko stosowało jakieś leki lub suplementy diety, które <u>nie były przepisane lub bez zalecenia lekarza?</u>	C35	
Tak	1	→C36
Nie	2	→C37
Nie wiem	8	→C37
Odmowa odpowiedzi	9	→C37

**ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR C4**

Czy były to następujące leki?					C36
Rodzaje leków		Tak	Nie	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Na przeziębienie, grypę lub ból gardła	1	1	2	8	9
Na objawy alergii (wyprysk alergiczny, nieżyt nosa, katar sienny)	2	1	2	8	9
Na problemy żołądkowe	3	1	2	8	9
Na bóle głowy lub migrenę	4	1	2	8	9
Na inne bóle	5	1	2	8	9
Witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające	6	1	2	8	9
Inne leki lub suplementy	7	1	2	8	9

Czy dziecko było kiedykolwiek szczepione przeciw grypie?	C37	
Tak	1	→C38
Nie	2	→C40
Nie wiem	8	→C40
Odmowa odpowiedzi	9	→C40

Jeśli tak, to kiedy ostatnio?	C38	
W bieżącym roku (w 2009 r.)	1	→C39
W ubiegłym roku (w 2008 r.)	2	→C39
W 2007 r. lub dawniej	3	→C40
Nie wiem	8	→C40
Odmowa odpowiedzi	9	→C40

W którym miesiącu dziecko zostało zaszczepione?	C39
Miesiąc (01, 02, ..., 12)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

**DETERMINANTY ZDROWIA****ANKIETER: PODAĆ KARTĘ NR B11**

W jakim stopniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było – przebywając w domu – narażone na następujące czynniki?					C40	
Wyszczególnienie		Poważnie narażone	Umiarkowanie narażone	Nie było narażone	Nie wiem	Odmowa odpowiedzi
Hałas (np. ruch uliczny, pociągi, samoloty, zakłady przemysłowe, sąsiedzi, zwierzęta, restauracja/bar/dyskoteka)	1	1	2	3	8	9
Zanieczyszczenie powietrza (miał, pyły, kurz, zadymienie, opary, spaliny, ozon)	2	1	2	3	8	9
Nieprzyjemne zapachy (przemysłowe, rolnicze, ścieki, odpadki)	3	1	2	3	8	9

W jakim stopniu w ciągu ostatnich 12 miesięcy dziecko było narażone na przestępstwo, przemoc lub akty wandalizmu w domu lub w pobliżu miejsca zamieszkania?	C41
Poważnie narażone	1
Umiarkowanie narażone	2
Nie było narażone	3
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

Jak często dziecko jest narażone na dym tytoniowy w domu?	C42
Nigdy lub prawie nigdy	1
Krócej niż przez 1 godzinę dziennie	2
1-5 godzin dziennie	3
Dłużej niż przez 5 godzin dziennie	4
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**ANKIETER: PYTANIE C43 TYLKO DLA DZIECI POWYŻEJ 6. MIESIĄCA ŻYCIA**

PODAĆ KARTĘ NR B10

Jak często dziecko pije/jada?								C43	
Wyszczególnienie		2 razy dziennie lub częściej	1 raz dziennie	4-6 razy w tygod- niu	1-3 razy w tygod- niu	Rzadziej niż 1 raz w tygod- niu	Nigdy	Nie wiem	Odmowa odpo- wiedzi
Soki owocowe lub warzywne	1	1	2	3	4	5	6	8	9
Owoce	2	1	2	3	4	5	6	8	9
Warzywa (z wyjątkiem ziemniaków)	3	1	2	3	4	5	6	8	9

**ANKIETER: PYTANIE C44 DOTYCZY TYLKO DZIECI W WIEKU 2 LAT I WIĘCEJ**

Ile średnio godzin dziennie dziecko spędza przed telewizorem i/lub przy komputerze? (podać liczbę godzin)	C44
<b>Liczba godzin</b> (jeżeli krócej niż 1 godzinę dziennie – wpisać 0; jeśli dziecko nie spędza czasu w ten sposób – wpisać 77)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

**ANKIETER: PYTANIA C45-C47 TYLKO DLA UCZNIÓW KLAS PIERWSZYCH SZKOŁY PODSTAWOWEJ I KLAS WYŻSZYCH. NIE DOTYCZA UCZNIÓW KLAS ZEROWYCH.**

Czy dziecko uczestniczy w lekcjach wychowania fizycznego w szkole?	C45
Tak	1
Nie, jest zwolnione z zajęć WF	2
Nie wiem	8
Odmowa odpowiedzi	9

**RESPONDENT: AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA POZA LEKCJAMI WF OZNACZA UPRAWIANIE SPORTU W SZKOLE LUB KLUBIE SPORTOWYM, W FORMIE ZORGANIZOWANYCH ZAJĘĆ LUB W FORMIE WŁASNEJ, SAMODZIELNEJ REKREACJI.**

Czy poza lekcjami WF dziecko jest aktywne fizycznie, tj. uprawia jakiś sport, jeździ na rowerze, pływa, ćwiczy taniec, gimnastykuje się itp.?	C46	
Tak, regularnie	1	→C47
Tak, dość często	2	→C47
Tak, ale rzadko	3	→C47
Nie, wcale	4	→CZAS I
Nie wiem	8	→CZAS I
Odmowa odpowiedzi	9	→CZAS I

Jeżeli Tak, to ile godzin w zwykłym tygodniu?	C47
<b>Liczba godzin</b> (jeśli krócej niż 1 godzinę – wpisać 0)	
Nie wiem	88
Odmowa odpowiedzi	99

Czas trwania wywiadu indywidualnego	CZAS I
W minutach	

Ważne uwagi dot. dziecka	UWAGA