



Risks of Occupational Vibration Exposures

VIBRISKS

FP5 Project No. QLK4-2002-02650
January 2003 to December 2006

Supplement 3 to Annex 1 of Final Technical Report

Title:

HTV self administered questionnaire:
Swedish translation of Appendix 8a to
Annex 1

Authors:

Ronnie Lundström, Lage Burström, Mats Hagberg,
Tohr Nilsson

Organisation:

Department of Biomedical Engineering & Informatics,
University Hospital of Northern Sweden

European Commission

Quality of Life and Management of Living Resources Programme
Key Action 4 - Environment and Health



17th November 2004

FRÅGEFORMULÄR


FÖR

HÄLSOFRÄMJANDE ARBETE

 **VÄSTERBOTTENS
LÄNS LANDSTING**
Medicinsk Teknik & Informatik,
Yrkesmedicinska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå



Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin
Yrkes- och miljömedicin, Umeå Universitet

 **Landstinget
Västernorrland**

Yrkes- och miljömedicinska kliniken
Sundsvalls sjukhus


Arbetslivsinstitutet

Arbetet och den fysiska miljön
Arbetslivsinstitutet Norr, Umeå

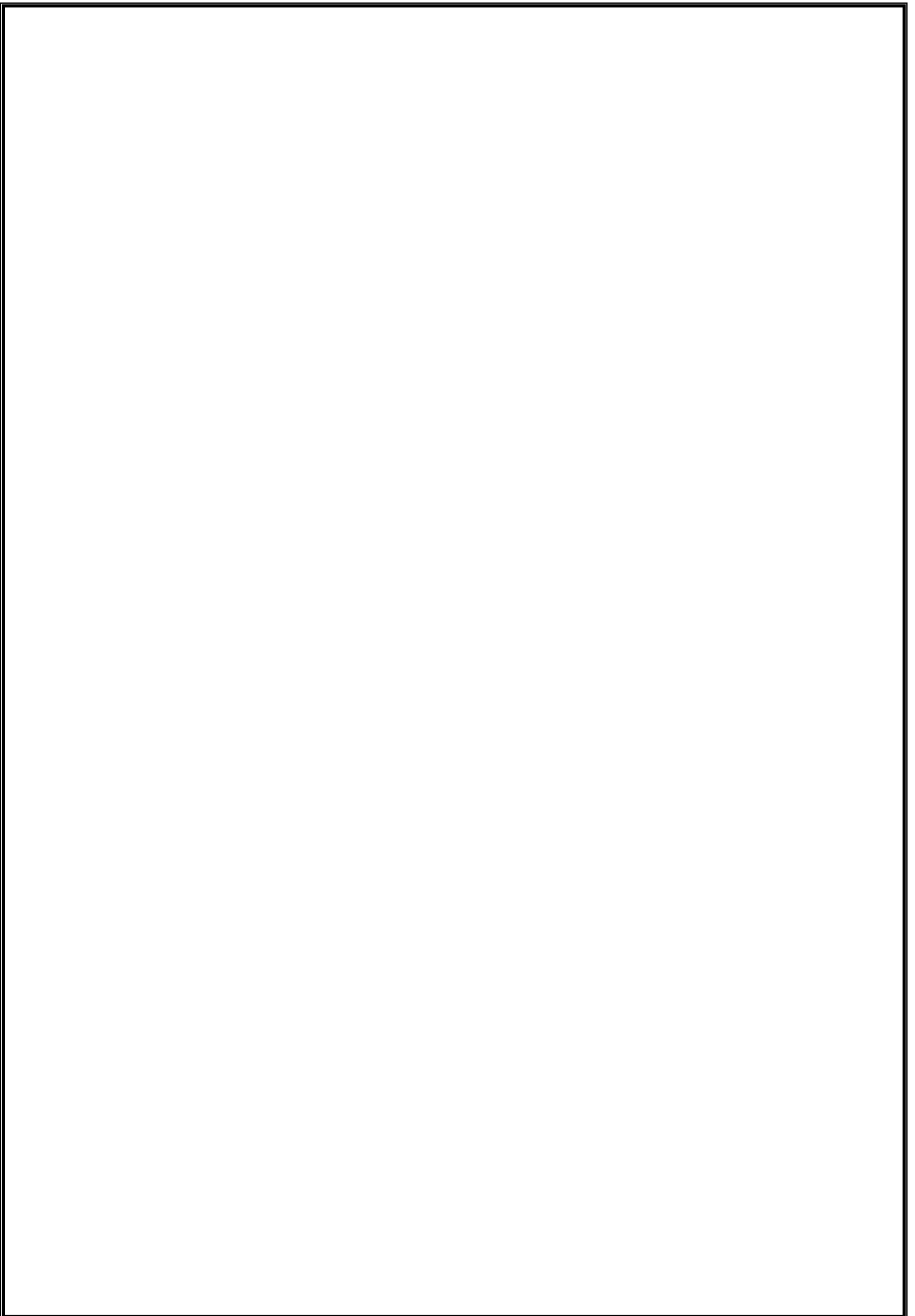
 **SAHLGRENKA UNIVERSITETSSJUKHUSET**

Arbets- och Miljömedicin, Göteborg



Quality of Life and Management of Living Resources Programme
Key Action 4 - Environment and Health





1. Socialt**Nikotinanvändning**

1. Är Du, eller har Du tidigare varit rökare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 6

2. Om Ja, när började Du röka regelbundet? (Ex. 1998)

3. Röker Du fortfarande? Nej Ja

4. Om Nej, vilket år slutade Du att röka? (Ex. 2001)

5. Om Ja, hur mycket röker Du? (a) Cigaretter per dag:
 (b) Cigarrer per dag:
 (c) Pipstopp per dag:

6. Är Du för närvarande, eller har Du tidigare varit snusare? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 11

7. Om Ja, när började Du snusa regelbundet? (Ex. 2001)

8. Snusar Du fortfarande? Nej Ja

9. Om Nej, vilket år slutade Du att snusa? (Ex. 2003)

10. Om Ja, hur mycket snusar Du? (a) Antal dosor/vecka:

Alkoholkonsumtion

11. Är Du nykterist (dricker ej vin, öl, sprit etc)? Nej Ja

Om Ja, gå till fråga 14

12. Om Nej, hur mycket dricker Du dagligen?

0-1 enheter*

2-3 enheter*

mer än 3 enheter*

13. Om Nej, hur mycket dricker Du per vecka?

0 enheter*

1-3 enheter*

4-6 enheter*

mer än 6 enheter*

1 enhet = ½ burk starköl, 1 glas vin, eller 4 cl starksprit

2. Hälsa

Skada

14. Har Du någonsin skadat Din/Dina:
- | | | |
|----------|--------------------------|----|
| händer | <input type="checkbox"/> | Ja |
| armar | <input type="checkbox"/> | |
| skuldror | <input type="checkbox"/> | |
| nacke | <input type="checkbox"/> | |
| rygg | <input type="checkbox"/> | ? |
15. Om Ja, vilken typ av skada (skärskada, frakturer, etc.) ?
-

Kirurgisk behandling

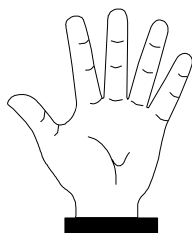
16. Har Du någonsin blivit opererad i Din/Dina:
- | | | |
|----------|--------------------------|----|
| händer | <input type="checkbox"/> | Ja |
| armar | <input type="checkbox"/> | |
| skuldror | <input type="checkbox"/> | |
| nacke | <input type="checkbox"/> | |
| rygg | <input type="checkbox"/> | ? |
17. Om Ja, för vad ?
-

Medicinsk behandling

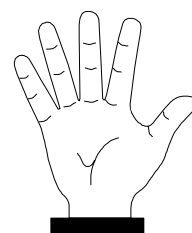
18. Tar Du medicin för någon sjukdom? Nej Ja
19. Om Ja, ange vilken (vilka) medicin(er).
-

Besvär just nu

20. Har Du "**just nu**" något av följande besvär?
(ge ett svar för både vänster och höger hand)



Vänster hand



Höger hand

	Vänster hand				Höger hand			
	Nej	Obetydligt	Lite grann	Ganska mycket	Nej	Obetydligt	Lite grann	Ganska mycket
(a) Domningar i hand eller finger på natten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Dålig kraft i handen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Lätt att tappa föremål?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Värk i handleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Värk i finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Köldkänsla i hand eller finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Vita fingrar av typen att ett eller flera fingrar bleknar vid fukt eller kyla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Svårt att knäppa knappar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Skakningar eller darrningar i arm/hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Krampkänsla i arm eller hand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Handsvett?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Färgförändringar

21. Har Du någonsin upplevt att Dina fingrar ändrat färg?

Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 35

22. Om Ja, vilka färger?

blå vit röd

23. Om "vit", var då vitheten tydligt avgränsad?

Nej Ja

24. Om Ja, när märkte Du detta för första gången?

(Ex. 2001)

25. Om Ja, när hade Du senast vita fingrar?

För: dagar sedan, eller
 månader sedan, eller
 år sedan

26. Hur ofta har Du vita fingrar?

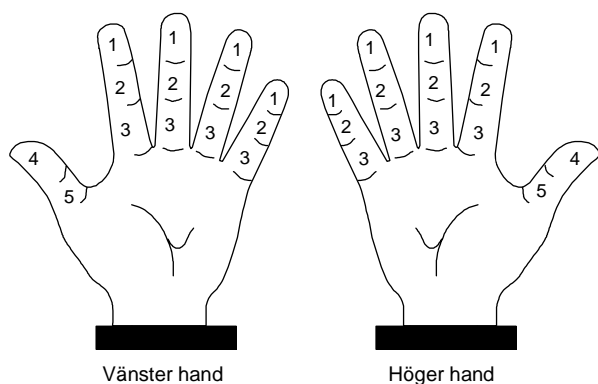
	Sommar- halvåret	Vinter- halvåret
Flera gånger om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera gånger om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Är det något som utlöser vita fingrar?

Kyla	<input type="checkbox"/>
Hantering av kalla föremål	<input type="checkbox"/>
Vid exponering för vibrerande handmaskiner	<input type="checkbox"/>
Annan _____	<input type="checkbox"/>

28. Vilka fingrar blir vita?

(markera genom att skugga de områden som blir vita i nedanstående figur)



29. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja
30. Inverkar Dina vita fingrar på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja
31. Har någon annan i Din släkt vita fingrar? Nej Ja
32. Om Ja, arbetar de med vibrerande handmaskiner? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft vita fingrar under de senaste 2 åren.

Om inte, gå vidare till fråga 35.

33. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar kommer:

mindre ofta,	<input type="checkbox"/>
oftare,	<input type="checkbox"/>
ungefär lika ofta,	<input type="checkbox"/>
eller kan Du inte svara på detta?	<input type="checkbox"/>

34. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina vita fingrar drabbar:

ett mindre område,	<input type="checkbox"/>
ett större område,	<input type="checkbox"/>
mer eller mindre lika stort område,	<input type="checkbox"/>
eller kan Du inte svara på detta?	<input type="checkbox"/>

Stickningar / pirningar

35. Har Du någonsin upplevt stickningar/pirningar i fingrarna? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 43

36. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? (Ex. 2000)

37. Om Ja, när?

Vid arbete med vibrerande handmaskiner

Efter arbete med vibrerande handmaskiner

Efter exponering för kyla

Under period med vita fingrar

Efter period med vita fingrar

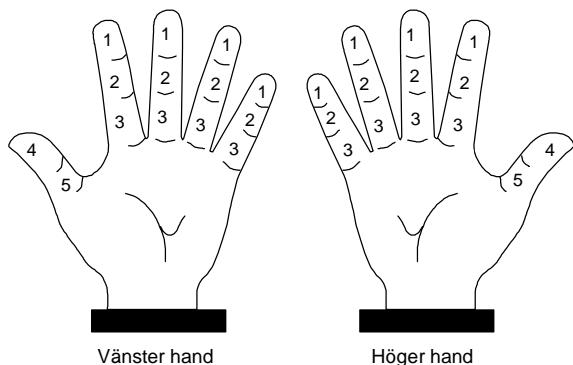
På natten

Vid någon annan tid

När, _____

38. I vilka fingrar upplever Du stickningar/pirningar?

(markera genom att skugga de områden som Du upplever stickningar i nedanstående figur)



39. Inverkar Dina stickningar/pirningar på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

40. Inverkar Dina stickningar/pirningar på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft stickningar/pirningar under de senaste 2 åren.

Om inte, gå vidare till fråga 43.

41. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina stickningar/pirningar kommer:

mindre ofta,

oftare,

ungefär lika ofta,

eller kan Du inte svara på detta?

42. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina stickningar/pirningar drabbar:

ett mindre område,

ett större område,

mer eller mindre lika stort område,

eller kan Du inte svara på detta?

Domningar / nedsatt känsel

43. Har Du någonsin upplevt domningar/nedsatt känsel i Dina fingrar? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 51

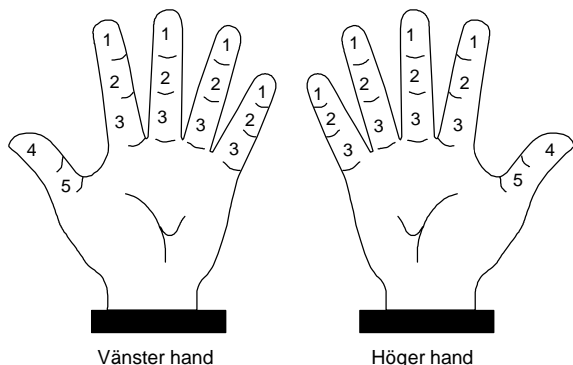
44. Om Ja, när märkte Du detta för första gången? (Ex. 2002)

45. Om Ja, när?

Vid arbete med vibrerande handmaskiner
Efter arbete med vibrerande handmaskiner
Efter exponering för kyla
Under period med vita fingrar
Efter period med vita fingrar
På natten
Vid någon annan tid När, _____

46. I vilka fingrar upplever Du domningar/nedsatt känsel?

(markera genom att skugga de områden som Du upplever domningar i nedanstående figur)



47. Inverkar Dina domningar/nedsatt känsel på någon av Dina fritidsaktiviteter? Nej Ja

48. Inverkar Dina domningar/nedsatt känsel på någon av Dina arbetsuppgifter? Nej Ja

Besvara följande 2 frågor om Du har haft domningar/nedsatt känsel under de senaste två åren.

Om inte, gå vidare till fråga 51.

49. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/nedsatt känsel kommer:

mindre ofta,
oftare,
ungefär lika ofta,
eller kan Du inte svara på detta?

50. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Dina domningar/nedsatt känsel drabbar:

ett mindre område,
ett större område,
mer eller mindre lika stort område,
eller kan Du inte svara på detta?

Värk/smärta i leder och muskler

51. Har Du haft, eller har Du värk/smärta i muskler/leder i nacken? Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 62

52. Om Ja, när: under de 7 senaste dagarna?
under de senaste 12 månaderna?
eller för mer än 1 år sedan?

53. Har Du haft, eller har Du värk/smärta i muskler/leder i axlar/överarmar? Nej Ja

54. Om Ja, när: under de 7 senaste dagarna?
under de senaste 12 månaderna?
eller för mer än 1 år sedan?

55. Har Du haft, eller har Du värk/smärta i muskler/leder i armbågar/underarmar? Nej Ja

56. Om Ja, när: under de 7 senaste dagarna?
under de senaste 12 månaderna?
eller för mer än 1 år sedan?

57. Har Du haft, eller har Du värk/smärta i handleder? Nej Ja

58. Om Ja, när: under de 7 senaste dagarna?
under de senaste 12 månaderna?
eller för mer än 1 år sedan?

59. Vilka symptom har Du upplevt i nacken, skuldra och/eller armarna?

*Ange med ett (V) eller ett (H) om symptomen uppträtt på vänster respektive höger sida.
Besvär på båda sidorna anges med (VH).*

	Smärta	Stelhet	Svaghet	Svullnad	Domning	Begränsad rörlighet
Nacke						
Skuldra						
Armbåge						
Handled						
Hand eller fingrar						

Besvara följande 2 frågor om Du har haft värk/smärta i muskler/leder under de senaste 2 åren.

Om inte, gå vidare till fråga 62.

60. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Din värk/smärta i muskler/leder i nacke och/eller överarmar kommer:

mindre ofta,
oftare,
ungefär lika ofta,
eller kan Du inte svara på detta?

61. Om Du ser tillbaka över de 2 senaste åren, vill Du då säga att Din värk/smärta i muskler/leder i nacke och/eller överarmar drabbar:

drabbar ett mindre område,
drabbar ett större område,
drabbar mer eller mindre lika stort område,
eller kan Du inte svara på detta?

Effekter av symtom i händer och fingrar

62. Har symtom i händerna under de senaste 12 månaderna förorsakat några svårigheter med följande aktiviteter?

	Ingen svårighet	Svårt men inte omöjligt	Omöjligt
Vrida om ett dörrhandtag eller vred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öppna ett hårt åtsittande burklock	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta på en jacka eller tröja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knäppa knappar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera och plocka upp mynt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hålla ur en mugg eller tillbringare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

63. Har symtom i händerna påverkat Din arbetsförmåga? Nej Ja

64. Om Ja, när: under de 7 senaste dagarna?
 under de senaste 12 månaderna?

65. Har Ditt arbetsresultat minskat under de 7 senaste dagarna till följd av ovanstående symtom? Nej Ja

3. Arbete

Nuvarande arbete

66. Arbetsgivare: _____

67. Yrkestitel: _____.

68. Beskrivning av Din arbetsuppgift

69. När började Du arbeta inom Ditt nuvarande arbete? (Ex. 1998)

70. Är Du i Ditt nuvarande arbete utsatt för buller (eller musik) i sådan omfattning att Du inte kan samtala i normal samtalsstön med annan person på en meters håll?

Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 72

71. Vid vilka tillfällen och hur länge är Du utsatt för **buller** i Ditt nuvarande arbete?
Hur stor del av tiden använder Du normalt hörselskydd?

Ange tiden som Du inte kan samtala i normal samtalston med annan person på en meters håll

Tillfälle	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Antal år	Hörselskydd % användning
a) _____	_____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____	_____	_____
e) _____	_____	_____	_____	_____	_____

72. Använder Du **vibrerande** handmaskiner i Ditt nuvarande arbete? (ex. slipmaskin, elvisp)

Nej Ja

Om Nej, gå till fråga 75

73. Om Ja, när började Du använda vibrerande maskiner? (Ex. 2001)

74. Om Ja, vilka vibrerande handmaskiner använder Du?
Ange användningstiden för varje maskin som Du använder i Ditt nuvarande arbete

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Antal år
a) _____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____	_____
e) _____	_____	_____	_____	_____

Innehåller en NORMAL ARBETSDAG i Ditt nuvarande arbete något av följande moment?

75. Hur många gånger per dag utför Du långvarigt eller ofta förekommande arbete med Din rygg:

	Aldrig	1-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
(a) böjd framåt, bakåt eller i sidled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) vriden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) böjd och vriden samtidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Hur många gånger per dag är Din nacke upprepede gånger eller under längre stunder:

	Aldrig	1-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
(a) böjd framåt, bakåt eller i sidled?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) vriden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) böjd och vriden samtidigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	1-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
77. Hur många gånger per dag utför Du långvarigt eller ofta förekommande arbete med armarna sträckta framåt, utan stöd åt sidorna eller ovanför axlarna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	1-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
78. Hur många gånger per dag utför Du upprepade gånger arbete med underarmar och händer som innebär:				
(a) vridande rörelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) kraftfulla rörelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) obekväma hand positioner eller grepp?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) stora krav på precision?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Aldrig	1-4 ggr	5-20 ggr	Mer än 20 ggr
79. Om manuella lyft förekommer, hur många gånger per dag:				
(a) utför Du lyft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) lyfter objekt som väger 10 kg eller mer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) lyfter objekt som väger 25 kg eller mer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) hanterar objekt under knähöjd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) hanterar objekt över axelhöjd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) har svårigheter att greppa lasten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Hur många gånger under en dag förekommer upprepat, långvarigt eller obekvämt bärande, knuffande eller släpande av gods?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

81. Har Du, under den senaste månaden, utfört arbetsuppgifter där samma hand och fingerrörelser upprepats flera gånger per minut (ex. vridande av knappar, nypanande, gripande, arbete vid tangentbord, sortering av papper) för sammantaget mer ½ timme per dag?	
(a) Nej, aldrig eller så gott som aldrig	<input type="checkbox"/>
(b) Ja, några dagar per månad	<input type="checkbox"/>
(c) Ja, några dagar per vecka	<input type="checkbox"/>
(d) Ja, dagligen eller så gott som dagligen	<input type="checkbox"/>

Ange den genomsnittliga tiden per dag: % av arbetsdag

82. Har Du under den senaste månaden utfört precisionsarbete (ex. arbete med precisionsverktyg, dator mus) för sammantaget mer än en ½ timme per dag?	
(a) Nej, aldrig eller så gott som aldrig	<input type="checkbox"/>
(b) Ja, några dagar per månad	<input type="checkbox"/>
(c) Ja, några dagar per vecka	<input type="checkbox"/>
(d) Ja, dagligen eller så gott som dagligen	<input type="checkbox"/>

Ange den genomsnittliga tiden per dag: % av arbetsdag

Tidigare arbeten

83. Ange användningstiden för varje maskin som Du använt i Dina tidigare arbeten.

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Yrke	Företag	Använd maskin	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Kalenderår (Ex. 1999-2002)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____ - _____

84. Beskrivning av tidigare arbete(n) med vibrerande handmaskiner

85. När började Du använda vibrerande maskiner?

(Ex. 2001)

86. Du har i fråga 83 angett olika yrken som Du haft/genomgått.
Ange hur lång tid som Du var utsatt för buller (eller musik)?
Hur stor del av tiden använde Du normalt hörselskydd?

Ange tiden som Du inte kan samtala i normal samtalston med annan person på en meters håll

Tillfälle	Minuter per dag	Dagar per vecka	Veckor per år	Antal år	Hörselskydd % användning
a) _____	_____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____	_____	_____
e) _____	_____	_____	_____	_____	_____

4. Fritid

87. Vilka är Dina fritidsaktiviteter/hobbies?

88. Har Du någonsin regelbundet använt en vibrerande handmaskin på Din fritid?

Nej Ja

89. Ange användningstiden för varje maskin som Du använt på Din fritid

Ange tiden som maskinen är igång och överför vibrationer till händerna

Maskin	Minuter per vecka	Veckor per år	Antal år
a) _____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____

90. Har Du under Din fritid varit utsatt för buller (eller musik) i sådan omfattning att Du inte kan samtala i normal samtalston med annan person på en meters håll?
(exempelvis free style, konserter, hobbymaskiner, motorcykel, gräsklippare, snöslungor, skoter)

Nej Ja

Om Nej, gå till avsnitt 5

91. Ange användningstiden för varje maskin eller ljudkälla som Du använt på Din fritid. Hur stor del av tiden använde Du normalt hörselskydd?

Ange tiden som Du inte kan samtala i normal samtalston med annan person på en meters håll

Tillfälle	Minuter per vecka	Veckor per år	Antal år	Hörselskydd % användning
a) _____	_____	_____	_____	_____
b) _____	_____	_____	_____	_____
c) _____	_____	_____	_____	_____
d) _____	_____	_____	_____	_____

5. Trisslotter

Till sist, vi behöver nedanstående uppgifter för att kunna skicka Trisslotterna till Dig.

.....
Namn

.....
Personnummer

.....
Gatuadress

.....
Postnummer och postadress

.....
Din hemtelefon

.....
Din mobiltelefon

TACK FÖR HJÄLPEN!