



Rodzinne i indywidualne koszty życia, zdrowia i choroby



WERSJA DLA DOROSŁYCH

Badanie przeprowadzane przez Uniwersytet Wageningen (WU) i Uniwersytet Wschodniej Anglii (U.E.A.) w ramach projektu EUROPREVALL



Instrukcja wypełniania kwestionariusza

Niniejszy kwestionariusz powstał w ramach projektu EuroPrevall, którego celem jest dostarczenie wiedzy na temat sposobów poprawy jakości życia osób z alergią pokarmową. W ramach badania zaplanowano porównanie informacji o kosztach utrzymania ludzi z alergią pokarmową z informacjami o kosztach życia ludzi zdrowych.

Koszty te obejmują wydatki na jedzenie i zajęcia w czasie wolnym, jak również na lekarstwa, dojazdy do lekarzy i pobytu w szpitalu. Istotnym jest też zmierzenie kosztów związanych z czasem spędzonym u lekarzy i w szpitalu. Prosimy o podawanie dokładnych i wyczerpujących odpowiedzi na pytania.

Niektóre pytania odnoszą się wyłącznie do alergii pokarmowej. Osoby bez alergii pokarmowej mogą w nich zaznaczyć opcję "nie dotyczy", albo przejść do kolejnego pytania (wskazanego drukowanymi literami). Wypełnienie ankiety zajmie Pani/Panu w przybliżeniu 20 - 25 minut.

Niektóre pytania dotyczą informacji tylko o Pani/Panu, inne - informacji o wydatkach całego Pani/Pana gospodarstwa domowego. Gospodarstwo domowe jest rozumiane jako gospodarstwo osoby mieszkającej samotnie lub grupy osób wspólnie zajmujących pokój/ mieszkanie lub spożywających razem co najmniej jeden posiłek dziennie. Prawdopodobnie będzie Pani/Pan w stanie odpowiedzieć na większość pytań w imieniu całego Pani/Pana gospodarstwa domowego. Jednak jeśli nie jest Pani/Pan pewna/y odpowiedzi na niektóre pytania, proszę spytać innych członków gospodarstwa domowego o potrzebne informacje. Jeśli nie jest Pani/Pan w stanie odpowiedzieć na pytanie dokładnie, proszę podać przybliżoną odpowiedź. Należy pamiętać, że nie ma "dobrych" ani "złych" odpowiedzi. Jeżeli pytanie nie odnosi się do Pani/Pana, ani do nikogo w Pani/Pana gospodarstwie domowym, proszę zaznaczyć "nie dotyczy". W przypadku pytań o wysokość wydatków (np. na pomoc w pracach domowych), których Pani/Pan faktycznie nie poniosła/ nie poniósł, proszę wpisać zero w odpowiednim miejscu.

W ankiecie można wymienić do pięciu członków gospodarstwa domowego, włączając współmałżonka/partnera. Jeśli Pani/Pana gospodarstwo domowe ma więcej członków, proszę podać ich dane na oddzielnym arkuszu.

Otrzymał/a Pani/Pan niniejszy kwestionariusz od swojego lekarza w ramach udziału w projekcie EuroPrevall. Prosimy o przekazanie go naukowcom z Uniwersytetu Wschodniej Anglii (UEA). Badacze z UEA nie będą mieli dostępu do Pani/Pana danych osobowych (nazwiska i adresu). Wszystkie informacje, których Pani/Pan udzieli zostaną zaszyfrowane przy pomocy numeru kodowego; tylko Pani/Pana lekarz będzie w stanie dopasować ten numer do Pani/Pana danych osobowych. Informacje, które Pani/Pan poda w kwestionariuszu będą wykorzystane przez badaczy z UEA tylko do celów anonimowej analizy naukowej. Wyniki analizy zostaną opublikowane w postaci zbiorczego zestawienia informacji pochodzących od wszystkich uczestników badania. Wszystkie informacje, które Pani/Pan poda będą miały wysoce POUFNY i anonimowy charakter.

W celu uzyskania dalszych informacji o projekcie EuroPrevall, proszę odwiedzić stronę: www.Europrevall.org < <http://www.Europrevall.org> >. Jeśli ma Pani/Pan trudności z uzupełnieniem ankiety lub chciał(a)by Pani/Pan uzyskać więcej informacji o badaniu, proszę zatelefonować do Margaret Fox z Uniwersytetu Wschodniej Anglii, numer telefonu: 00 44 (0)1603 591070.

Prosimy wysłać kwestionariusz w ciągu 10 dni od daty jego otrzymania w załączonej, specjalnej kopercie. Koszt nadania przesyłki został opłacony z góry.



I. P. gospodarstwo domowe i stan zdrowia

Pytanie 1

Proszę powiedzieć o każdym z członków P. gospodarstwa: kim jest dla P., ile ma lat, czy jest mężczyzną czy kobietą, czy ma alergię pokarmową.

	Stopień pokrewieństwa (syn, córka, matka, ojciec, inne)	Wiek	Płeć (M /K)	Czy ma alergię pokarmową? (Zakreślić 'tak' lub 'nie')	Czy alergia pokarmowa została zdiagnozowana przez lekarza? (Zakreślić 'tak' lub 'nie')
Pan/i (Respondent)		_____	_____	Tak Nie	Tak Nie
Małżonka/małżonek/ partner/ka	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	_____	_____	Tak Nie	Tak Nie
Najstarsze dziecko	_____	_____	_____	Tak Nie	Tak Nie
Kolejny członek gospodarstwa domowego 1	_____	_____	_____	Tak Nie	Tak Nie
Kolejny członek gospodarstwa domowego 2	_____	_____	_____	Tak Nie	Tak Nie

Pytanie 1a

Ilu dorosłych i ile dzieci mieszka razem z P. w gospodarstwie domowym?

Liczba dorosłych _____ Liczba dzieci _____

Pytanie 2

Na jaki pokarm jest P. lub inny z członków P. gospodarstwa domowego uczulona/y?

Proszę zaznaczyć wszystkie odpowiedzi odnoszące się do P. i każdego z członków P. gospodarstwa domowego.

	Pan/i (Respondent)	Małżonek/małżonka/partner/ka	Najstarsze dziecko	Kolejny członek gospodarstwa domowego 1	Kolejny członek gospodarstwa domowego 2
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Czekolada/inne słodycze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Owoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mięso lub drób	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mleko i przetwory mleczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musztarda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orzechy (ziemne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziarna sezamu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mięczaki/ skorupiaki/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siarczynny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pszenica/gluten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 3**Czy reakcja alergiczna na dany pokarm wiąże się z występowaniem u P. poniższych objawów?***Proszę zaznaczyć 'tak', 'nie' lub 'nie dotyczy' w każdym z punktów.*

1. (Proszę zaznaczyć 'tak' jeśli występuje jeden lub więcej z podanych objawów)

Swędzenie, wysypka, zmęczenie, ospałość, osłabienie, niepokój lub przygnębienie

 Tak Nie Nie dotyczy

2. (Proszę zaznaczyć 'tak' jeśli występuje jeden lub więcej z podanych objawów)

Spuchnięte wargi, powiększone węzły chłonne, spuchnięte ręce i/lub nogi, nudności, wymioty, biegunka, skurcze brzucha, katar, niedrożny nos, swędzenie oczu

 Tak Nie Nie dotyczy

3. (Proszę zaznaczyć 'tak' jeśli występuje jeden lub więcej z podanych objawów)

Wzdęcia, wiatry, niestrawność, zawroty głowy, brak tchu, świszczanie, drapanie w gardle

 Tak Nie Nie dotyczy

4. (Proszę zaznaczyć 'tak' jeśli występuje jeden lub więcej z podanych objawów)

Bładość, omdlenia, utrata równowagi, słaby pęcherz, nietrzymanie moczu, niskie ciśnienie krwi

 Tak Nie Nie dotyczy

Jeżeli występują inne objawy proszę wymienić:

Pytanie 4**Ile lat miał/a P. kiedy P. (lub P. rodzic/opiekun) po raz pierwszy zorientował/a się, że ma P. alergię pokarmową?***Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.* 0-2 lata 3-6 lat 7-9 lat 10 – 12 lat 13-15 lat 16-18 lat 19 -25 lat 26-39
lat 40 – 64 lat 65 lat i
więcej Nie wiem Nie dotyczy**Pytanie 5****Czy P. lub ktokolwiek z członków P. gospodarstwa domowego cierpi na przewlekłą chorobę, ma problemy zdrowotne lub jest niepełnosprawna/y?***Proszę zaznaczyć 'tak', 'nie' lub 'nie dotyczy' przy każdym z członków P. gospodarstwa domowego.*Pan/i
(Respondent) Tak Nie Nie dotyczy

Małżonek/małżonka/partner/ka

 Tak Nie Nie dotyczyNajstarsze
dziecko Tak Nie Nie dotyczyKolejny członek
gospodarstwa 1 Tak Nie Nie dotyczyKolejny członek
gospodarstwa 2 Tak Nie Nie dotyczy

Pytanie 6

Proszę zaznaczyć określenia, które najlepiej opisują P. obecny stan zdrowia. Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym z poniższych punktów.

1. Poruszanie się

- Nie mam problemu z poruszaniem się
- Mam pewne kłopoty z poruszaniem się
- Jestem przykuta/y do łóżka

2. Mycie się i ubieranie

- Nie mam żadnych problemów z myciem i ubieraniem się
- Mam pewne problemy z myciem i ubieraniem się
- Nie jestem w stanie umyć się i ubrać samodzielnie

3. Codzienne czynności (np. praca, nauka, prace domowe)

- Nie mam problemu z wykonywaniem codziennych czynności
- Mam pewne problemy z wykonywaniem codziennych czynności
- Nie jestem w stanie wykonywać codziennych czynności

4. Ból / dolegliwości

- Nie odczuwam bólu/ dolegliwości
- Odczuwam umiarkowany ból/ dolegliwości
- Odczuwam duży ból/ dolegliwości

5. Niepokój / przygnębienie

- Nie odczuwam niepokoju/ przygnębienia
- Odczuwam umiarkowany niepokój/ przygnębienie
- Odczuwam ogromny niepokój/ przygnębienie

Pytanie 7

Jak ocenił(a)by P. swój stan zdrowia?

Proszę zakreślić odpowiedź, która najlepiej opisuje P. stan zdrowia.

Doskonały
(1)

Bardzo dobry
(2)

Dobry
(3)

Średni
(4)

Zły
(5)

II. Koszty wizyt u lekarzy i specjalistów (nie licząc pobytów w szpitalach)**Pytanie 8****Czy i jak często odwiedza P., w związku ze swoim stanem zdrowia, niżej wymienionych specjalistów (nie licząc pobytów w szpitalach)? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym z punktów**

	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	4 razy w roku	3 razy w roku	2 razy w roku	Raz w roku	Raz na dwa lata	Rzadziej	Nigdy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/ specjalista medycyny alternatywnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 9**Czy i jak często, w związku ze swoim stanem zdrowia, ma P. domowe wizyty poniższych specjalistów zdrowia? Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym punkcie.**

	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	4 razy w roku	3 razy w roku	2 razy w roku	Raz w roku	Raz na dwa lata	Rzadziej	Nigdy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/ specjalista medycyny alternatywnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 10**Czy ktokolwiek z P. gospodarstwa domowego towarzyszy P. w czasie wizyt u specjalistów?***Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź w każdym punkcie.*

	Nie, chodzę sam/a	Towarzyszy mi mąż/zona partner/partnerka	Towarzyszy mi mąż/zona/partner/partnerka i inni	Towarzyszą mi inni, wyłączając męża/zonę/partnera/partnerkę	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/specjalista medycyny alternatywnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 11**Ile czasu zwykle zajmują P. wizyty u specjalistów (wliczając czas oczekiwania przed gabinetem i czas trwania wizyty)?** *Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym punkcie.*

	1-10 minut	11-15 minut	16-20 minut	21-30 minut	31-60 minut	Ponad godzinę	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium szpitalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/specjalista medycyny alternatywnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 12**W jaki sposób zwykle dojeżdża P. do poniższych specjalistów?***Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w każdym punkcie.*

	Samochodem	Transportem publicznym	Pieszko/rowerem	Inne	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium szpitalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/specjalista medycyny alternatywnej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 13

Ile zazwyczaj kosztuje P. przejazd transportem publicznym lub taksówkami i/lub opłata parkingowa w związku z P. wizytą u poniższych specjalistów? *Proszę podać kwotę w zł.*

	Opłata za parkowanie (zł.)	Transport publiczny lub przejazd taksówką (zł.)	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium szpitalnym	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	_____	_____	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/ specjalista medycyny alternatywnej	_____	_____	<input type="checkbox"/>

Pytanie 14

Czy i ile zazwyczaj płaci P. za wizytę u poniższych specjalistów? *Proszę nie liczyć opłat pokrywanych z prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego.*

	Zł.	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	_____	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	_____	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium szpitalnym	_____	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	_____	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	_____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	_____	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	_____	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/ specjalista medycyny alternatywnej	_____	<input type="checkbox"/>

Pytanie 15

Ile kilometrów zazwyczaj dojeżdża P. do poniższych specjalistów i ile czasu to P. zajmuje?

	Kilometry	Czas dojazdu (minuty)	Nie dotyczy
[1] Lekarz pierwszego kontaktu w przychodni lekarskiej	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[2] Pielęgniarka w przychodni lekarskiej	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[3] Pielęgniarka w ambulatorium szpitalnym	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[4] Lekarz specjalista (w szpitalu rejonowym)	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[5] Lekarz specjalista (w szpitalu klinicznym)	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[6] Dietetyk	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[7] Fizjoterapeuta	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>
[8] Inny terapeuta/ specjalista medycyny alternatywnej	_____	➔ _____	<input type="checkbox"/>

Pytanie 16

Proszę przypomnieć sobie wizyty u specjalistów, które miały miejsce w ciągu ostatnich 3 MIESIĘCY. Czy spowodowały one obniżenie wynagrodzenia Pana/i lub kogokolwiek z członków P. gospodarstwa domowego?

Proszę zaznaczyć wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

Nie	<input type="checkbox"/>	Zł.	Nie dotyczy
Tak, miałam/em niższe zarobki	<input type="checkbox"/>	→ O ile _____	
Tak, mój/moja małżonek/małżonka/partner/partnerka miał/a niższe zarobki	<input type="checkbox"/>	→ O ile _____	<input type="checkbox"/>
Tak, inny członek gospodarstwa miał/a niższe zarobki	<input type="checkbox"/>	→ O ile _____	<input type="checkbox"/>

Pytanie 17

Ile lekarstw lekarz przepisał P. na receptę przez ostatnie 3 MIESIĄCE i ile z leków wykupił/a P. z własnych środków? Proszę policzyć także te przepisywane wielokrotnie.

Liczba leków przepisanych na receptę _____

Ile z tych leków wykupił/a P. za własne pieniądze? _____

Pytanie 18

Ile łącznie wydał/a P. na lekarstwa dostępne bez recepty w ciągu ostatnich 3 MIESIĘCY? (Proszę wziąć pod uwagę lekarstwa dla wszystkich członków gospodarstwa domowego.)

Łączny koszt _____ zł.

III. Pobytu w szpitalu w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY

Pytanie 19

Czy i ile razy w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY przebywał/a P. w ambulatorium, szpitalu rejonowym, klinicznym lub na pogotowiu? Proszę podać łączną liczbę dni pobytu w każdym z tych miejsc.

Jeżeli nie przebywał/a P. w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy, proszę wpisać 0 i przejść do Pytania 23

Ambulatorium [1]	Szpital rejonowy [2]	Szpital kliniczny [3]	Pogotowie [4]
------------------	----------------------	-----------------------	---------------

Ile razy _____	Ile razy _____	Ile razy _____	Ile razy _____
----------------	----------------	----------------	----------------

Ile dni _____	Ile dni _____	Ile dni _____	Ile dni _____
---------------	---------------	---------------	---------------

Pytanie 20

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a P. zabierana/y do szpitala karetką? Jeśli tak, ile razy i ile (jeśli w ogóle) P. zapłacił/a za to? (Proszę nie liczyć kosztów pokrytych z ubezpieczenia zdrowotnego.)

Tak → Ile razy _____ Jaki koszt? _____ zł.

Nie

Jak zazwyczaj pokonuje P. drogę do szpitala? Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

Samochodem Środkami transportu publicznego Pieszo/ rowerem W inny sposób Nie dotyczy

Jak daleko mieszka P. od szpitala i jak długo zazwyczaj zajmuje P. droga do szpitala?

Ambulatorium [1]	Szpital rejonowy [2]	Szpital kliniczny [3]	Pogotowie [4]
------------------	----------------------	-----------------------	---------------

_____ km	_____ km	_____ km	_____ km
----------	----------	----------	----------

_____ minut	_____ minut	_____ minut	_____ minut
-------------	-------------	-------------	-------------

Ile pieniędzy wydał/a P. na dojazdy do szpitala i/lub opłaty za parkowanie w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

_____ zł.

Ile razy odwiedzały P. osoby z P. gospodarstwa domowego kiedy przebywał/a P. w szpitalu w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

Ile członków P. gospodarstwa domowego zwykle przychodziło jednocześnie z wizytą do szpitala?

Pytanie 21

Czy, biorąc pod uwagę ostatnie 12 MIESIĘCY, ktoś z P. gospodarstwa domowego towarzyszył P. w drodze do szpitala kiedy był/a P. tam przyjmowany/a?

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

- Nie, nikt mi nie towarzyszył
- Towarzyszył/a mi moja/mój żona/mąż/partner/ka
- Towarzyszył/a mi moja/mój żona/mąż/partner/ka i inni członkowie gospodarstwa domowego
- Inni członkowie mojego gospodarstwa domowego (wyłączając żonę/męża/partnera/kę)

Pytanie 22

Czy w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY pobyt w szpitalu P. lub kogokolwiek z P. gospodarstwa domowego spowodował obniżenie zarobków P. lub kogokolwiek z P. gospodarstwa domowego?

Proszę zaznaczyć wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

- | | |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Nie | |
| <input type="checkbox"/> Tak, ja miałam/em niższe zarobki | → O ile _____ zł. |
| <input type="checkbox"/> Tak, moja/mój żona/mąż/partner/ka miał/a niższe zarobki | → O ile _____ zł. |
| <input type="checkbox"/> Tak, inny członek gospodarstwa miał niższe zarobki | → O ile _____ zł. |

IV. Zwolnienia lekarskie i urlopy zdrowotne w ciągu ostatniego MIESIĄCA**Pytanie 23**

Ile dni (jeżeli w ogóle) P. lub inny członek P. gospodarstwa był/a na zwolnieniu lekarskim lub na urlopie zdrowotnym z pracy (włączając wolontariat) lub ze szkoły/uczelni w ciągu ostatniego MIESIĄCA?

Pan/i (Respondent)	Mąż/żona/partner/ka	Najstarsze dziecko	Członek gospodarstwa 1	Członek gospodarstwa 2
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Dni	Dni	Dni	Dni	Dni

Pytanie 24

Jeżeli wykorzystanie urlopów zdrowotnych w ciągu ostatniego MIESIĄCA spowodowało zmniejszenie P. zarobków lub zarobków innych członków P. gospodarstwa domowego, proszę podać o jaką kwotę (zł.); jeżeli zarobki nikogo z P. gospodarstwa nie zmniejszyły się, proszę wpisać '0'.

Pan/i (Respondent)	Mąż/żona/partner/ka	Najstarsze dziecko	Członek gospodarstwa 1	Członek gospodarstwa 2
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
_____ zł.	_____ zł.	_____ zł.	_____ zł.	_____ zł.

Pytanie 25

Czy w ciągu ostatniego MIESIĄCA P. lub inny członek P. gospodarstwa nie mógł wykonywać jakichkolwiek prac domowych z powodu choroby? Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

- Tak (→ Pytanie 26)
- Nie (→ Pytanie 27)

Pytanie 26

Proszę podać liczbę dni, kiedy P. lub inny członek P. gospodarstwa nie mógł wykonywać codziennych prac domowych w ciągu ostatniego miesiąca.

	Pan/i (Respondent)	Mąż/żona/partner/ka	Inni członkowie
Zakupy spożywcze	_____ Dni	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy _____ Dni	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy _____ Dni
Sprzątanie	_____ Dni	_____ Dni	_____ Dni

Gotowanie	_____ Dni	_____ Dni	_____ Dni
Prace w ogrodzie	_____ Dni	_____ Dni	_____ Dni
Opieka nad dziećmi	_____ Dni	_____ Dni	_____ Dni
Inne	_____ Dni	_____ Dni	_____ Dni

Pytanie 27

Czy w ciągu ostatniego MIESIĄCA ktoś nie będący członkiem P. gospodarstwa pomógł P. w pracach domowych, które zwykle wykonuje P. sam/a?

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

Tak (→ Pytanie 28)

Nie (→ Pytanie 29)

Pytanie 28

W jakim wymiarze godzinowym korzystał/a P. z pomocy osób nie będących członkami gospodarstwa domowego w ciągu ostatniego MIESIĄCA i jaki był łączny koszt z tym związany?

Liczba godzin _____ → Łączny koszt _____ zł.

V. Koszty życia

Pytanie 29

Czy P. lub ktokolwiek z P. gospodarstwa korzystał/a w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY z urządzeń/udogodnień ułatwiających prace domowe (np. sprzęty kuchenne, piekarnik do chleba, mikser) ze względu na zły stan zdrowia?

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

Tak (→ Pytanie 30)

Nie (→ Pytanie 31)

Pytanie 30

Proszę podać, ile takich urządzeń P. kupił/a i jaki był ich łączny koszt?

Ilość sztuk _____ Łączny koszt _____ zł.

Pytanie 31

Ile średnio wydaje się w P. gospodarstwie domowym na zakupy spożywcze W TYGODNIU?

(Jeśli P. nie wie, proszę zapytać osobę, która robi zakupy spożywcze w P. gospodarstwie.)

_____ zł

Pytanie 32

Ile CZASU P. (lub osoba, która robi zakupy spożywcze/ gotuje w P. gospodarstwie domowym) spędza średnio W TYGODNIU na robieniu zakupów spożywczych i przygotowywaniu jedzenia?

(Jeśli P. nie wie, proszę zapytać osobę, która robi zakupy spożywcze w P. gospodarstwie.)

Czas spędzony na robieniu zakupów spożywczych w tygodniu: _____ godzin

Czas spędzony na przygotowywaniu jedzenia w tygodniu: _____ godzin

Czy hoduje P. zwierzęta domowe lub uprawia warzywa (w tym zioła) lub owoce, żeby zapewnić swojemu gospodarstwu domowemu jedzenie? **Tak / Nie**

Jeżeli tak, ile czasu średnio w miesiącu zajmuje P. hodowla zwierząt lub uprawa warzyw?
_____ godzin w miesiącu

Pytanie 33

Ile średnio w tygodniu wydaje P. na jedzenie w pracy/szkole/na uczelni (np. jedząc w stołówce)?

_____ zł.

Nie dotyczy

JEŻELI NIE MA P. ALERGII POKARMOWEJ PROSZĘ PRZEJŚĆ DO PYTANIA 35

Pytanie 34

Gdyby P. (lub inni członkowie P. gospodarstwa domowego) nie miał/a alergii pokarmowej, czy wydawał(a)by P. mniej więcej tyle samo pieniędzy i poświęcał/a tyle samo czasu na przygotowywanie jedzenia w tygodniu?

(Jeżeli P. nie wie, proszę zapytać osoby, która robi zakupy i gotuje w P. gospodarstwie)

Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.

	Większa	Taka sama	Mniejsza	Trudno powiedzieć
Kwota pieniędzy wydawana na zakupy spożywcze byłaby...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwota pieniędzy wydawana na jedzenie w pracy/szkole byłaby...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilość czasu spędzanego na zakupach byłaby....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ilość czasu spędzanego na przygotowywaniu jedzenia byłaby...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Zajęcia w czasie wolnym

Pytanie 35

Czy w ciągu ostatniego MIESIĄCA jadł/a P. posiłki w jakimkolwiek innym miejscu niż P. dom, nie licząc posiłków w pracy (np. w kawiarni, restauracji, barze itp.)?

Tak → Ile razy _____

Nie

Pytanie 36

Jaką kwotę pieniędzy wydał/a P. łącznie na posiłki poza domem w ciągu ostatniego MIESIĄCA (nie licząc posiłków w pracy)?

Proszę wpisać 0 jeśli nie wydał/a P. żadnych pieniędzy na jedzenie poza domem w ciągu ostatniego miesiąca.

_____ zł.

Pytanie 37

Ile razy w ciągu ostatniego MIESIĄCA kupował/a P. jedzenie na wynos lub z dostawą do domu?

Proszę wpisać 0 jeżeli nie kupował/a P. jedzenia na wynos lub z dostawą do domu.

Ile razy _____

Pytanie 38

Jaką kwotę wydał/a P. łącznie na jedzenie na wynos lub z dostawą do domu w ciągu ostatniego MIESIĄCA?

Proszę wpisać 0 jeżeli nie kupował/a P. jedzenia na wynos lub z dostawą do domu w ciągu ostatniego miesiąca.

_____ zł.

Nie dotyczy

Pytanie 39

Czy spędzał/a P. urlop poza domem w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY?

Tak → Ile razy? _____ Ile dni łącznie? _____ → (proszę przejść do Pytania 40)

Nie → (proszę przejść do Pytania 42)

Pytanie 40

Ile pieniędzy wydał/a P. łącznie na wyjazdy na urlopy w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY?

_____ zł.

Pytanie 41

Ile pieniędzy wydał/a P. łącznie na jedzenie podczas urlopów spędzanych poza domem w ciągu ostatnich 12 MIESIĘCY?

_____ zł.

Pytanie 41a

Będąc na urlopie ile czasu spędzał/a P. średnio w tygodniu kupując produkty i przygotowując jedzenie?

Nie licząc zmywania po posiłkach (Proszę wpisać liczbę godzin, jeżeli przygotowywał/a P. jedzenie samodzielnie. Jeżeli żywił/a się P. w restauracji / hotelu itp., proszę wpisać '0')

_____ godzin w tygodniu

VII. Życie codzienne

Pytanie 42

Poniżej umieszczono skale od 0 do 10. Wartość 10 oznacza najlepszą możliwą jakość życia dla P. (i każdego z członków P. rodziny), a wartość 0 oznacza najgorszą możliwą jakość życia. Na którym z poziomów skali umieścił(a)by P. obecnie siebie, partnera i innych członków gospodarstwa?

Proszę zakreślić jedną wartość na każdej skali lub zaznaczyć „Nie dotyczy”.

Pan/i (Respondent)	Mąż/żona/partner/ka	Najstarsze dziecko	Członek gospodarstwa 1	Członek gospodarstwa 2
	[] Nie dotyczy	[] Nie dotyczy	[] Nie dotyczy	[] Nie dotyczy
[10] najlepsze możliwe życie	[10] najlepsze możliwe	[10] najlepsze możliwe	[10] najlepsze możliwe	[10] najlepsze możliwe
[9]	[9]	[9]	[9]	[9]
[8]	[8]	[8]	[8]	[8]
[7]	[7]	[7]	[7]	[7]
[6]	[6]	[6]	[6]	[6]
[5]	[5]	[5]	[5]	[5]
[4]	[4]	[4]	[4]	[4]
[3]	[3]	[3]	[3]	[3]
[2]	[2]	[2]	[2]	[2]
[1]	[1]	[1]	[1]	[1]
[0] najgorsze możliwe życie	[0] najgorsze możliwe życie	[0] najgorsze możliwe życie	[0] najgorsze możliwe życie	[0] najgorsze możliwe życie

Pytanie 43

Które z poniższych ważnych wydarzeń życiowych zdarzyły się P. w związku z P. stanem zdrowia?

Proszę zaznaczyć wszystkie prawdziwe odpowiedzi.

- Miałam/em ograniczony wybór pracy lub kariery zawodowej
- Zrezygnowałam/am z pracy
- Zostałam/em zwolniony z pracy
- Musiałam/em zmienić pracę
- Przeprowadziłam/em się do innego mieszkania/miasta
- Nie mogłam/em uprawiać sportów, realizować zainteresowań
- Moje życie towarzyskie jest ograniczone
- Musiałam/em zmienić szkołę
- Byłam/em w szpitalu
- Odwlekłam/em decyzję o posiadaniu dzieci/ poszerzeniu rodziny
- Związek z moim mężem/żoną/partnerem/partnerką rozpadł się
- Miałam/em wstrząs anafilaktyczny
- Doświadczałam/em problemów emocjonalnych (złość, lęk, niepokój, poczucie osamotnienia, trauma)
- Żadne z powyższych

Pytanie 44

Czy korzysta P. z internetu, biblioteki lub infolinii w celu zdobycia porady i informacji na tematy związane ze zdrowiem i chorobami?

- Tak → Ile minut miesięcznie? _____
- Nie

VIII. Pytania dotyczące P. i P. gospodarstwa domowego**Pytanie 45 (52)**

Czy posiada P. prywatne/dodatkowe ubezpieczenie medyczne? *Proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź.*

- Tak → Ile kosztuje polisa na rok? _____ zł.
 Nie

Pytanie 46 (51)

Jaki wykształcenie ma P. i P. partner ?

Proszę zakreślić 'tak' lub 'nie' w każdym pytaniu.

	Pan/i (Respondent)		Mąż/żona/partner/ka	
Ukończona szkoła podstawowa	Tak	Nie	Tak	Nie
Ukończona szkoła średnia	Tak	Nie	Tak	Nie
Tytuł zawodowy licencjata lub inżyniera	Tak	Nie	Tak	Nie
Tytuł zawodowy magistra	Tak	Nie	Tak	Nie

Pytanie 47 (45)

Która z kategorii najlepiej opisuje P. i P. małżonka/małżonki/partnera/partnerki obecny status zawodowy?

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w przypadku P. i jedną w przypadku męża/żony/ partnera/partnerki.

PAN/I (RESPONDENT)	MAŻ/ ZONA/ PARTNER/ PARTNERKA
<input type="checkbox"/> Zatrudniona/y - w niepełnym wymiarze czasu pracy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> Zatrudniona/y – w pełnym wymiarze czasu pracy	<input type="checkbox"/> Zatrudniona/y - w niepełnym wymiarze czasu pracy
<input type="checkbox"/> Samozatrudnienie - pracodawca	<input type="checkbox"/> Zatrudniona/y – w pełnym wymiarze czasu pracy
<input type="checkbox"/> Samozatrudnienie - nikogo nie zatrudnia	<input type="checkbox"/> Samo-zatrudnienie - pracodawca
<input type="checkbox"/> Bezrobotny, poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Samo-zatrudnienie - nikogo nie zatrudnia
<input type="checkbox"/> Bezrobotny, nie poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> Bezrobotny, poszukujący pracy
<input type="checkbox"/> Emeryt/ka	<input type="checkbox"/> Bezrobotny, nie poszukujący pracy
<input type="checkbox"/> Student/ka	<input type="checkbox"/> Emeryt/ka
<input type="checkbox"/> Zajmuje się domem	<input type="checkbox"/> Student/ka
<input type="checkbox"/> Rencista (z tytułu niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Zajmuje się domem
<input type="checkbox"/> Inne (proszę wymienić)	<input type="checkbox"/> Rencista (z tytułu niepełnosprawności)
	<input type="checkbox"/> Inne (proszę wymienić)

Pytanie 48 (46)

Jeżeli jest P. i/lub P. małżonek/małżonka/partner/partnerka zatrudniony, to w jakim wymiarze godzinowym?

Pan/i (Respondent)	Małżonek/małżonka/partner/partnerka
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Liczba godzin w tygodniu	Liczba godzin w tygodniu

Pytanie 49 (47)

Czy P. i P. małżonek/małżonka/partner/partnerka kieruje pracą innych ludzi w pracy?

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w przypadku P. i jedną w przypadku męża/żony/ partnera/partnerki.

Pan/i (Respondent)	P. małżonek/małżonka/partner/partnerka
<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy
<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Tak
<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie

Pytanie 50 (48)

Ile zarabia P. i P. partner/partnerka/małżonek/małżonka MIESIĘCZNIE netto? Jeżeli P. lub P. partnera/partnerki dochody nie są stałe, np. naliczane tygodniowo, proszę zaznaczyć odpowiedź najbliższą średnim miesięcznym dochodom.

Proszę zaznaczyć jedną odpowiedź w przypadku P. dochodów i jedną w przypadku dochodów męża/żony/partnera/partnerki.

Zł. MIESIĘCZNIE	P. dochód	P. męża/żony/partnera/partnerki dochód
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[1] 392 i mniej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] 393 - 784	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] 785 - 1177	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] 1178 - 1961	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] 1962 - 2745	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] 2746 - 3530	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] 3531 - 4706	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] 4707 - 5883	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[9] 5884 - 7060	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[10] 7061 - 8628	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[11] 8629 - 10197	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[12] 10198 - 11766	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[13] 11767 - 13727	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[14] 13728 - 15688	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[15] 15689 - 17649	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[16] Więcej niż 17649	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pytanie 51 (49)

Proszę wpisać możliwie jak najdokładniejszą kwotę miesięcznego dochodu P. gospodarstwa domowego (sumując dochody wszystkich członków gospodarstwa, włączając wszelkie świadczenia i dodatki takie jak emerytura, renta, zasiłek dla bezrobotnych, renta zdrowotna, dodatek socjalny, ulgi rodzinne itp. po odliczeniu podatków i innych składek?

..... Zł.

Pytanie 52 (50)

Jaki łączny miesięczny dochód netto swojego gospodarstwa (sumując dochody P. i męża/żony/partnera/partnerki po opodatkowaniu i odliczeniu innych składek) uznał(a)by P. obecnie za

Proszę wpisać kwoty w wykropkowane miejsca.

Bardzo zły? zł.

Zły?zł.

Niewystarczający?zł.

Wystarczający?zł.

Dobry?zł.

Bardzo dobry?zł.

Dziękujemy za wypełnienie kwestionariusza!!!

Prosimy wysłać kwestionariusz w załączonej kopercie. Koszt wysyłki został opłacony z góry.