

Firma \_\_\_\_\_ Alder \_\_\_\_\_ Køn \_\_\_\_\_ M / K

Dato: \_\_\_\_\_ Tid: \_\_\_\_\_

 Støjniveau, hvor du arbejder: < 80dB , 80-85 dB , ≥ 85dB , Ved ikke 

#	Spørgsmål	Ja Sæt X	Nej Sæt X	Kommentar
1	Har du tidligere, i andre firmaer, været udsat for støj på arbejdet, så normal samtale ikke kunne høres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Hvis "Ja" i spørgsmål 1; I hvor mange år?			
3	Har du i fritiden været udsat for kraftig støj i længere perioder? (F.eks. høj musik, jagt, selvskovning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Er du i dit nuværende arbejde udsat for generende støj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Er du i dit nuværende arbejde i længere perioder udsat for støj, så normal samtale ikke kan høres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Er du i dit daglige arbejde udsat for pludselig eller uventet høj lyd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	Bruger du hørevern? <span style="float: right;">Propper</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<span style="float: right;">Kopper</span>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Hvis Ja, Hvor konsekvent anvender du værnemiddel?</b>				
(Sæt 1 kryds i den beskrivelse, der passer bedst på dig)				
	Altid og begge ører er beskyttet	<input type="checkbox"/>		
	Næsten altid, og begge ører er beskyttet	<input type="checkbox"/>		
	Næsten altid på det ene øre	<input type="checkbox"/>		
	Jeg bruger værnemiddel ved behov	<input type="checkbox"/>		
8	Mener du, at du har fået nedsat hørelse på grund af arbejdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>
9	Hvis "Ja" i spørgsmål 8: Har du fået anmeldt hørenedsættelsen til Arbejdstilsynet eller sikringsstyrelsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	Har du nedsat hørelse i en sådan grad, at du har svært ved at følge med i en samtale, når der er flere samlet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	Har du, inden for de sidste 3 måneder, haft ringen eller susen for ørerne? (Sæt max 1 kryds)	<input type="checkbox"/>	Ja, dagligt.	
		<input type="checkbox"/>	Ja, ca. hver uge	
		<input type="checkbox"/>	Ja, ca. hver måned	
		<input type="checkbox"/>	Nej	
12	Når du hører daglige lyde eksempelvis stole der flyttes, klirren med bestik, lyse stemmer, hvor tit føler du så ubehag eller smerte? (Sæt max 1 kryds)	<input type="checkbox"/>	Altid	
		<input type="checkbox"/>	Oftede	
		<input type="checkbox"/>	Somme tider	
		<input type="checkbox"/>	Sjældent	
		<input type="checkbox"/>	Aldrig/næsten aldrig	

Vend -

#	Spørgsmål	Ja Sæt X	Nej Sæt X	Kommentar
13	Har du haft øre-betændelse eller andre sygdomme, der har påvirket din hørelse?  Hvis ja, var det (sæt X)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kun venstre øre
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kun højre øre
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Begge ører
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Husker det ikke
14	Har nogen i din nærmeste familie dårlig hørelse? (forældre eller søskende)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	Anvender du høreapparat, eller har du fået tilbudt et?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	Har din arbejdsgiver/ miljørepræsentant instrueret dig om de helbredsrisici, der følger af støj?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	Hvor ofte har din arbejdsgiver/miljørepræsentant påpeget din, eller dine kollegers, manglende anvendelse af værnemidler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altid
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjældent
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aldrig/næsten aldrig
18	Hvor ofte har du – overfor kollegaen – påpeget kollegaens manglende anvendelse af værnemiddel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Altid
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ofte
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sjældent
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aldrig/næsten aldrig
19	Kan du selv gøre noget for at mindske udsættelsen for støj, f.eks. ændre arbejdsmetode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	Forslag til ændrede arbejdsmetoder, som du mener, kan reducere støj:			

Tak for din medvirken

Annette Trampedach,

AG Sundhedsfremme ApS