

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
Ergänzende Fragen rund um Arbeit/Erwerbstätigkeit						
<p>!</p> <p>125 Für Personen im Alter von 15 Jahren oder älter, die gegen Bezahlung arbeiten/erwerbstätig sind, auch für geringfügig Beschäftigte (einschließlich Personen in Altersteilzeit oder Mutterschutz): → Bitte weiter mit 126</p> <p>Für Personen unter 15 Jahren: → Befragungsende. Vielen Dank!</p> <p>Für alle übrigen Personen: → Bitte weiter mit 130</p>						
freiwillig	126 Haben Sie Ihren Arbeitsvertrag (Haupterwerbstätigkeit) mit einer Zeitarbeitsvermittlungsfirma abgeschlossen?					
	Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Nein.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
	Trifft nicht zu, da selbstständig.....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
	Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
freiwillig	127 Sind Sie bei Ihrer (Haupt-)Erwerbstätigkeit in einer leitenden Position tätig?					
	Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Nein.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
	Trifft nicht zu, da selbstständig.....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
	Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
freiwillig	128 War die Agentur für Arbeit (auch Arbeitsamt oder andere öffentliche Organisationen) bei der Suche nach Ihrer jetzigen (Haupt-)Erwerbstätigkeit beteiligt?					
	Ja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Nein.....	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
	Trifft nicht zu, da selbstständig.....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
	Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
freiwillig	129 Bitte nennen Sie uns den Hauptgrund , weshalb Sie keine Arbeit/Erwerbstätigkeit suchen oder einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen.					
	Geeignete Betreuungseinrichtungen für Kinder sind nicht verfügbar oder nicht erschwinglich	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	Geeignete Betreuungseinrichtungen für kranke, behinderte oder ältere Menschen sind nicht verfügbar oder nicht erschwinglich	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Geeignete Betreuungseinrichtungen sind weder für Kinder noch für kranke, behinderte oder ältere Menschen verfügbar oder erschwinglich	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	Anderer Hauptgrund	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	Trifft nicht zu.....	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
	Keine Angabe.....	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></div>	
		Auswahlbezirks-Nr.		Lfd. Nr. des Haushalts im Auswahlbezirk		Folgebogen

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
Fragen zu Arbeitsunfällen						
130 Für Personen, die gegenwärtig erwerbstätig sind oder in den letzten 12 Monaten erwerbstätig waren: → Bitte weiter mit 131 Für alle übrigen Personen: → Befragungsende. Vielen Dank!						
freiwillig	131 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen oder mehrere Arbeitsunfälle ? <div style="text-align: right;"> Ja, einen <input type="checkbox"/> 1 Ja, mehrere <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 8 Keine Angabe <input type="checkbox"/> 9 </div> <i>Bitte weiter mit 136 ←</i>					
freiwillig	132 Konnten Sie Ihre Arbeit mittlerweile wieder aufnehmen ? <div style="text-align: right;"> Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Nein, ich werde voraussichtlich keine Arbeit mehr aufnehmen können <input type="checkbox"/> 3 Keine Angabe <input type="checkbox"/> 9 </div> <i>Bitte weiter mit 134 ←</i>					
freiwillig	133 Nach wie vielen Tagen, Wochen, Monaten konnten Sie die Arbeit wieder aufnehmen ? Keine Ausfallzeit bzw. am selben Tag die Arbeit wieder aufgenommen <input type="checkbox"/> 01 Am Tag nach dem Unfall <input type="checkbox"/> 02 Zwischen dem 2. und vor dem 5. Tag <input type="checkbox"/> 03 Zwischen dem 5. Tag und vor Ablauf von 2 Wochen <input type="checkbox"/> 04 Zwischen 2 Wochen und vor Ablauf 1 Monats <input type="checkbox"/> 05 Zwischen 1 Monat und vor Ablauf des 3. Monats <input type="checkbox"/> 06 Zwischen 3 Monaten und vor Ablauf des 6. Monats <input type="checkbox"/> 07 Zwischen 6 Monaten und vor Ablauf des 9. Monats <input type="checkbox"/> 08 9 Monate nach dem Unfall oder später <input type="checkbox"/> 09 Keine Angabe <input type="checkbox"/> 99					
freiwillig	134 Auf welcher Arbeitsstelle passierte der (letzte) Arbeitsunfall? Die Antworten 3 und 4 können sich auf dieselbe Arbeitsstelle beziehen. Bitte kreuzen Sie dann die Antwort 3 an. Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der gegenwärtigen Hauptarbeitsstelle <input type="checkbox"/> 1 Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der gegenwärtigen Nebenarbeitsstelle <input type="checkbox"/> 2 Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der Arbeitsstelle, die ich früher ausgeübt und zu der ich Angaben bei den Fragen 28-33 gemacht habe <input type="checkbox"/> 3 Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf der Arbeitsstelle, die ich vor 12 Monaten ausgeübt und zu der ich Angaben bei den Fragen 118-120 gemacht habe <input type="checkbox"/> 4 Der (letzte) Arbeitsunfall passierte auf einer anderen Arbeitsstelle <input type="checkbox"/> 5 Keine Angabe <input type="checkbox"/> 9					

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
freiwillig	135	Handelte es sich bei dem (letzten) Arbeitsunfall um einen Unfall im Straßenverkehr (ohne Wegeunfall)?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
Fragen zu arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen (nicht Arbeitsunfälle)						
freiwillig	136	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme ?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	Bitte weiter mit 141 ←	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
freiwillig	137	Welche der folgenden Beschwerden ist bzw. war für Sie die schwerwiegendste ?				
	Knochen-, Gelenk- oder Muskelbeschwerden:					
		<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 01
		<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 02
		<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03	<input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 04
		<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 05
		<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 06
		<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07	<input type="checkbox"/> 07
		<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 08
		<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 09
		<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
		<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
		<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99	<input type="checkbox"/> 99
freiwillig	138	Sind Sie durch dieses schwerwiegendste, arbeitsbedingte Gesundheitsproblem bei der Arbeit oder im Privatleben eingeschränkt ?				
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
		<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

		1. Person	2. Person	3. Person	4. Person	5. Person
freiwillig	139	Wie viele Arbeitstage konnten Sie in den letzten 12 Monaten deshalb nicht arbeiten ?				
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Bitte geben Sie die Anzahl der Tage an.				
		<input type="text"/> 444	<input type="text"/> 444	<input type="text"/> 444	<input type="text"/> 444	<input type="text"/> 444
		<input type="text"/> 555	<input type="text"/> 555	<input type="text"/> 555	<input type="text"/> 555	<input type="text"/> 555
		In den letzten 12 Monaten nicht gearbeitet, jedoch unabhängig von einer Erkrankung				
freiwillig	140	Auf welcher Arbeitsstelle wurde das Gesundheitsproblem verursacht oder verschlimmerte es sich? Die Antworten 3 und 4 können sich auf dieselbe Arbeitsstelle beziehen. Bitte kreuzen Sie dann die Antwort 3 an.				
		<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1
		<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2
		<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3
		<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4
		<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 5
	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	
Belastende Faktoren bei der Arbeit						
freiwillig	141	Sind Sie bei Ihrer Arbeit psychisch belastenden Faktoren ausgesetzt, die sich negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Falls ja, kreuzen Sie bitte nur den Hauptgrund an.				
		<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1
		<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2
		<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3
		<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8
		<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9
freiwillig	142	Sind Sie bei Ihrer Arbeit physisch belastenden Faktoren ausgesetzt, die sich negativ auf Ihr Wohlbefinden auswirken? Falls ja, kreuzen Sie bitte nur den Hauptgrund an.				
		<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 1
		<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 2
		<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 3
		<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 4
		<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 8
	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 9	
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!						
Seite 40		Mikrozensus und Arbeitskräftestichprobe der Europäischen Union 2007				