

## Health questions from the Minimum European Health Module used in EU-SILC

---

### 2005

#### Dział 8. ZDROWIE

**1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) stan swojego zdrowia?**

*Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. Bardzo dobry

1
---

PH010X

2. Dobry

2
---

3. Tak sobie, ani dobry, ani zły

3
---

4. Zły

4
---

5. Bardzo zły

5
---

**2. Czy Pan(i) choruje przewlekle lub ma jakieś długotrwałe problemy zdrowotne trwające 6 miesięcy lub dłużej?**

T	N
---	---

1	2
---	---

PH020X

**3. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania codziennych czynności właściwych dla Pana(i) wieku (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?**

1. Tak, całkowicie ograniczoną

1
---

PH030X

2. Tak, poważnie ograniczoną

2
---

3. Nie

3
---

# 2006

## Dział 8. ZDROWIE

### 1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) swoje zdrowie?

*Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. Bardzo dobrze

2. Dobrze

3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle

4. Źle

5. Bardzo źle

1
2
3
4
5

PH010X

### 2. Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające 6 miesięcy lub dłużej?

T	N
1	2

PH020X

### 3. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak, bardzo poważnie ograniczoną

2. Tak, ograniczoną niezbyt poważnie

3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń

1
2
3

PH030X

# 2007

## Dział 8. ZDROWIE

### 1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) swoje zdrowie?

*Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. Bardzo dobrze

2. Dobrze

3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle

4. Źle

5. Bardzo źle

1
2
3
4
5

PH010X

### 2. Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające 6 miesięcy lub dłużej?

T	N
1	2

PH020X

### 3. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak, bardzo poważnie ograniczoną

2. Tak, ograniczoną niezbyt poważnie

3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń

1
2
3

PH030X

# 2008

## Dział 8. ZDROWIE

### 1. Jak ogólnie ocenia Pan(i) swoje zdrowie?

*Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. Bardzo dobrze

2. Dobrze

3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle

4. Źle

5. Bardzo źle

1
2
3
4
5

PH010X

### 2. Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe trwające 6 miesięcy lub dłużej?

1 - Tak, 2 - Nie

1	2
---	---

PH020X

### 3. Czy z powodu problemów zdrowotnych (kalectwa lub choroby przewlekłej) ma Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania zwykłych czynności (nauka w szkole, praca zawodowa, prowadzenie gospodarstwa domowego, samoobsługa) trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak, bardzo poważnie ograniczoną

2. Tak, ograniczoną niezbyt poważnie

3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń

1
2
3

PH030X

# 2009

## Dział 8. ZDROWIE

### 1 Jak ogólnie ocenia Pan(i) swoje zdrowie?

*Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. Bardzo dobrze .....

2. Dobrze .....

3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle .....

4. Źle .....

5. Bardzo źle .....

1
2
3
4
5

PH010X

### 2 Czy ma Pan(i) jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) przez 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak

2. Nie

1
2

PH020X

### 3 Czy z powodu problemów zdrowotnych miał/a Pan(i) ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

1. Tak, poważnie ograniczoną .....

2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie...

3. Nie, nie miałem/am żadnych ograniczeń..

1
2
3

PH030X

# 2010

## Dział 8. ZDROWIE

<b>1</b>	<p><b>Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?</b>  <i>Nie należy brać pod uwagę tymczasowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.</i></p> <p>1. Bardzo dobrze .....</p> <p>2. Dobrze .....</p> <p>3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle .....</p> <p>4. Źle .....</p> <p>5. Bardzo źle .....</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 80px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	PH010X
1								
2								
3								
4								
5								
<b>2</b>	<p><b>Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?</b></p> <p style="text-align: right;">1. Tak</p> <p style="text-align: right;">2. Nie</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	1	2	PH020X			
1								
2								
<b>3</b>	<p><b>Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(-ła) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?</b></p> <p>1. Tak, poważnie ograniczoną .....</p> <p>2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie .....</p> <p>3. Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń .....</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 60px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	1	2	3	PH030X		
1								
2								
3								

# 2011

## Dział 7. ZDROWIE

<b>1</b>	<p><b>Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?</b>  <i>Nie należy brać pod uwagę chwilowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.</i></p> <p>1. Bardzo dobrze .....</p> <p>2. Dobrze .....</p> <p>3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle .....</p> <p>4. Źle .....</p> <p>5. Bardzo źle .....</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 80px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	PH010X
1								
2								
3								
4								
5								
<b>2</b>	<p><b>Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwały) przez 6 miesięcy lub dłużej?</b></p> <p style="text-align: right;">1. Tak</p> <p style="text-align: right;">2. Nie</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 40px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> </table>	1	2	PH020X			
1								
2								
<b>3</b>	<p><b>Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?</b></p> <p>1. Tak, poważnie ograniczoną .....</p> <p>2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie .....</p> <p>3. Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń .....</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 30px; height: 60px;"> <tr><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td></tr> </table>	1	2	3	PH030X		
1								
2								
3								

## Dział 7. ZDROWIE

1	<b>Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?</b> <i>Nie należy brać pod uwagę chwilowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.</i>	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> <tr><td>4</td></tr> <tr><td>5</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	PH010X
1								
2								
3								
4								
5								
	1. Bardzo dobrze .....							
	2. Dobrze .....							
	3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle .....							
	4. le. ....							
	5. Bardzo źle .....							
2	<b>Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) przez 6 miesięcy lub dłużej?</b>	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> </table>	1	2	PH020X			
1								
2								
	1. Tak							
	2. Nie							
3	<b>Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?</b>	<table border="1"> <tr><td>1</td></tr> <tr><td>2</td></tr> <tr><td>3</td></tr> </table>	1	2	3	PH030X		
1								
2								
3								
	1. Tak, poważnie ograniczoną .....							
	2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie .....							
	3. Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń .....							

## Dział 7. ZDROWIE

1 Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

*Nie należy brać pod uwagę chwilowych problemów zdrowotnych, np. przeziębienia, grypy.*

1. **Bardzo dobrze** .....

1

**PH010**  
**X**

2. **Dobrze** .....

2

3. **Tak sobie, ani dobrze, ani źle** .....

3

4. **Źle** .....

4

5. **Bardzo źle** .....

5

2 Czy ma Pan/Pani jakieś długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające (lub przewidywane, że będą trwałe) przez 6 miesięcy lub dłużej?

1. **Tak**

1

**PH02**  
**0X**

2. **Nie**

2

3 Czy z powodu problemów zdrowotnych miał(a) Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują, trwającą 6 miesięcy lub dłużej?

1. **Tak, poważnie ograniczoną** .....

1

**PH03**  
**0X**

2. **Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie** .....

2

3. **Nie, nie miałem(-łam) żadnych ograniczeń** .....

3