

## Pytania o tryb życia

1. Czy bierze Pan/Pani narkotyki rekreacyjne typu marihuana?

- Nie
- Tak - jak często? \_\_\_\_\_

2. Czy pali Pan/Pani papierosy?

- Nigdy
- Nigdy nie paliłem/paliłam regularnie
- Paliłem/paliłam w przeszłości, ale nie aktualnie
- Palę rzadko
- Palę codziennie. Ile papierosów średnio na dzień? \_\_\_\_\_

3. Czy pali Pan/Pani papierosy elektroniczne (e-papierosy)?

- Nigdy
- Nigdy nie paliłem/paliłam regularnie
- Paliłem/paliłam w przeszłości, ale nie aktualnie
- Palę rzadko
- Palę codziennie. Ile e-papierosów średnio na dzień? \_\_\_\_\_

4. Jaki jest poziom Pana/Pani edukacji?

- Szkoła podstawowa
- Szkoła zawodowa
- Szkoła średnia
- Szkoła wyższa - studia licencjackie
- Szkoła wyższe - studia magisterskie lub wyżej

5. Jaki jest Pana/Pani tytuł służbowy? \_\_\_\_\_

6. Czy jest Pan/Pani narażony/a na jakieś szczególne zagrożenia w miejscu pracy?

- Opary
- Obiekty medyczne
- Ołów
- Azbest
- Fizyczna praca powodująca nadmierne pocenie się/ryzyko odwodnienia
- Inne
- Żadnych z wyżej wymienionych

7. Jaki jest Pana/Pani poziom aktywności fizycznej?

- Czytam, oglądam TV i wykonuję czynności które nie są fizycznie wymagające
- Chodzę na spacer, jeżdżę na rowerze i jestem fizycznie aktywny/a przez wiele dni w tygodniu (spacer, łowienie ryb, polowanie, lekka praca w ogrodzie itp.)
- Uprawiam sporty wiele godzin w tygodniu (bieganie, narciarstwo, podnoszenie ciężarów, rytmika, pływanie, gry z piłką, fizycznie wymagająca praca w ogrodzie itp.)
- Regularnie trenuję dyscypliny drużynowe, wiele razy w tygodniu.

These are questions 30-36 in the original full UPenn/CTSA COVID-19 Patient Survey and have been renumbered 1-7.