

## Deltagarformulär



*Be gärna anhörig hjälpa till om Ni tycker att formuläret är svårt att fylla i.*

Var vänlig stryk över och skriv till rätt adress  
och telefonnummer nedan om något är fel-  
aktigt:

.....  
.....  
.....

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i rutan för det alternativ Ni finner lämpligt, eller skriv svaret på de prickade raderna nedan

denna kolumn  
skall ej ifyllas

1. **Nuvarande civilstånd** **AG68** .....

- 1.  ogift
- 7.  gift kvinna
- 2.  gift man
- 4.  skild
- 5.  änka/änkling

2. **Är Ni sambo eller särbo med någon?** **AG69** .....

- 1.  Nej
- 2.  Ja, sambo
- 3.  Ja, särbo

3. **Antal födda barn** ..... **AG70** .....

4. **Bostadsförhållanden**

**Bor Ni:** **AG71** .....

- 1.  i hyreslägenhet
- 2.  i bostadsrätt
- 3.  i villa (eget hem eller småhus)
- 4.  servicehus
- 5.  sjukhem
- 6.  Annan boendeform, nämligen.....

5. Har Ni kommunalt bostadstillägg? .....

1.  Nej  
2.  Ja  
9.  Vet ej

AG72

6. Har Ni under de senaste 5 åren haft ansvar för vården av någon långvarigt sjuk eller handikappad anhörig? .....

AG73

- ~~1.  Nej  
2.  Ja~~
- Om Ja: ~~1.  Make?  
2.  Barn?  
3.  Annan anhörig?~~
- Gjort om

AG73 Vård av anhörig (N1)					
Valid N= 1110 Missing N= 13 Levels= 4					
Code	Frequency	Cum.freq.	Percentage	Cum.perc.	
1	978	978	88.11	88.11	Nej
2	97	1075	8.74	96.85	Ja, make
3	11	1086	0.99	97.84	Ja, barn
4	24	1110	2.16	100.00	Ja, annan anhörig
.	13				

Inkomstförhållanden

7. Ändring i ekonomi senaste 5 åren .....

AG74

1.  Mycket försämrade  
2.  Försämrade  
3.  Oförändrade  
4.  Förbättrade  
5.  Mycket förbättrade

Frågor om utbildning

**AG75 Skolutbildning (N1) Valid N= 1106**

Code	Frequency	Cum.freq.	Percentage	Cum.perc.	
1	650	650	58.77	58.77	Folkskola
2	239	889	21.61	80.38	Lärov/realsk/folikhögsk
3	56	945	5.06	85.44	Gymnasium
4	25	970	2.26	87.70	Studentexamen
5	43	1013	3.89	91.59	Högskolestudier
6	93	1106	8.41	100.00	Högskoleexamen

8. Utbildning

1.  folkskola **AG76** .....  
**AG76**  
 antal år ..... **AG77** .....
2.  läroverk **AG78** .....
3.  folkhögskola **AG79** .....
4.  realexamen **AG80** .....
5.  flickskola **AG81** .....
6.  gymnasium **AG82** .....
7.  studentexamen **AG83** .....
8.  högskola/universitet **AG84** .....
10.  examen från högskola/universitet **AG85** .....
9.  speciell yrkesutbildning, även vårdutbildningar **AG86** .....  
 (ange nedan):

- 1 utbildning..... YUTB01..... år/åren ... YUAR01  
 2 utbildning ..... YUTB02..... år/åren ... YUAR02  
 3 utbildning ..... YUTB03..... år/åren ... YUAR03  
 4 utbildning ..... YUTB04..... år/åren ... YUAR04  
 5 utbildning ..... YUTB05..... år/åren ... YUAR05  
 6 utbildning ..... YUTB06..... år/åren ... YUAR06  
 7 utbildning ..... YUTB07..... år/åren ... YUAR07  
 8 utbildning ...--- YUTB08..... år/åren ... YUAR08

9. Hur många år har Ni sammanlagt ägnat åt Er utbildning? ..... ..

antal år

**AG87**

10. Om Ni inte förvärvsarbetar för närvarande, när slutade Ni arbeta? .....

AG88

- 1  arbetar fortfarande  
2  jag har aldrig förvärvsarbetat  
3  jag slutade förvärvsarbeta år .....  
4  har deltidssarbete

11. Om ni upphörde att förvärvsarbeta före 65 års ålder, vad var orsaken härtill? .....

AG89

0.  arbetade fram till 65 års ålder eller senare  
1.  jag slutade arbeta på grund av:

.....AG90T.....  
(ange orsak)

12. Vilket var ert huvudsakliga yrke före 65 års ålder? .....

AG91

0.  jag har aldrig förvärvsarbetat  
1.  hushållsarbete i hemmet  
2.  mitt huvudsakliga yrke har varit:

.....AG91T.....  
(ange yrke)

SEI Huvudyrke

AG92 ..... .....

13. Har Ni varit långtidssjukskriven mer än 3 månader av Ert yrkesverksamma liv (även under perioder då Ni arbetat i hemmet)? .....

AG93

- 1  Nej  
2  Ja

14. Om "ja" under vilken/vilka perioder?

.....  
År/åren Orsak till sjukskrivningen  
.....  
År/åren Orsak till sjukskrivningen  
.....  
År/åren Orsak till sjukskrivningen

15. Ålder vid pensionen?  År AG94 .....

16. Har Ni tidigare haft förtidspension/sjukpension? **AG95** .....

- 1  Nej  
2  Ja  
3  Halv sjukpension

Om "Ja", ange orsak:

Orsak till förtidspension/sjukpension

.....

17. Ålder vid förtidspension/sjukpension ?  **AG96** .....

### Intagningar på sjukhus

18. Har Ni under de senaste 5 åren varit intagen på sjukhus? .....

1.  Nej **AG97**  
2.  Ja

Om svaret är Ja, försök då så noggrant som möjligt ange årtal, sjukhus samt orsak till intagningen! Här ges ett par exempel på hur man kan uttrycka sig:

År	Sjukhus	Orsak
2001	Urologen Sahlgrenska	Njurbäckeninflammation
2002	Mölnbäck sjukhus	Åderbråcksoperationer
2004	Medicin Östra sjukhuset	Bröstsmärtor

År	Sjukhus	Orsak
1.....	.....	.....
2.....	.....	.....
3.....	.....	.....
4.....	.....	.....
5.....	.....	.....
6.....	.....	.....

## Om sömn

**19 Hur många timmar brukar Ni sova per dygn? .....**

**AG98**

- |   |                          |          |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 4 timmar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 5 timmar |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 6 timmar |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 7 timmar |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 8 timmar |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 9 timmar |

**20 Räcker det? .....**

**AG99**

- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Nej |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Ja  |

## Om kaffe

**21. Hur många koppar kaffe dricker Ni per dag? .....**

**AG100**

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Ingen eller mindre än en kopp per dag  |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Någon kopp kaffe om dagen men inte mer |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Dricker 2-3 koppar kaffe per dag       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Dricker 4-6 koppar kaffe per dag       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Dricker 7-10 koppar kaffe per dag      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Dricker 11-20 koppar kaffe per dag     |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Dricker mer än 20 koppar kaffe per dag |

**22. Vilken typ av kaffe dricker Ni .....**

**AG101**

- |   |                          |                                 |
|---|--------------------------|---------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Kokkaffe                        |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bryggkaffe                      |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Både kokkaffe och bryggkaffe    |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pulverkaffe (snabbkaffe)        |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Annat (espresso eller liknande) |

**Eventuella besvär under de senaste 3 månaderna. Har Ni under de senaste 3 månaderna besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd? (Markera med ett kryss Ert "Ja" eller "Nej" – är Ni tveksam, försök ändå besvara frågan).**

		Ja	Nej		
25.	Yrsel	AG102	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
26.	Ögonbesvär	AG103	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
27.	Hörselnedsättning	AG104	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
28.	Huvudvärk	AG105	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
29.	Känt Er allmänt trött	AG106	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
30.	Sömnbesvär	AG107	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
31.	Nervösa besvär	AG108	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
32.	Svettningar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
33.	Andfåddhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
34.	Ont i bröstet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
35.	Hosta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
36.	Känt Er lättirriterad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
37.	Känt Er överansträngd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
38.	Haft svårt att koncentrera Er		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
39.	Känt Er rastlös		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
40.	Haft perioder då Ni känt Er nere och dystert		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
41.	Haft lätt för att gråta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
42.	Haft svårt att slappna av		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
43.	Ont i magen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
44.	Illamående		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
45.	Diarré		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
46.	Förstoppning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
47.	Dålig aptit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
48.	Avmagring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
49.	Övervikt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
50.	Frusenhet		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
51.	Besvär med att kasta vatten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
52.	Ledbesvär		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52
53.	Ont i ryggen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
54.	Ont i benen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54
	Om Ni har haft något/några av ovanstående besvär, har Ni sökt läkare för dessa?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55
	Om "Nej", har Ni funderat på att söka?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	56

Om "Ja", för vad? .....



**På nedanstående skalor är det meningen att Ni skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Ni är med Er situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Ni upplever Er situation nu.**

<p><u>Arbetssituation</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Hem- och familjesituation</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Bostadssituation</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Ekonomisk situation</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Social situation (umgänge)</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Fritidssituation</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Hälsosituation (välbefinn.)</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>	

**På nedanstående skalor är det meningen att Ni skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Ni är med Er situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Ni upplever Er situation nu.**

<p><u>Hörseln</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Synen</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Minnet</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Konditionen</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Aptiten</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Humöret</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><u>Energin</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><u>Självförtroendet</u></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>

På nedanstående skalor är det meningen att Du skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Du är med din situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Du upplever din situation nu.

<p><b>Tålmodet</b> <b>AG149</b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Sömnen</b> <b>AG150</b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Prestationsförmågan</b> <b>AG151</b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Aktuell vikt</b> <b>AG152</b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>

## Mediciner

Gör en så fullständig lista som möjligt över de mediciner Ni tar! Skriv först dem Ni tar dagligen, därefter dem Ni tar vid behov

Namn på medicinen	Dosering	Styrka på Tabletten	Orsak till medicineringen
-------------------	----------	---------------------	---------------------------

**Exempel:**

Salures K  
Treo comp

1 tabl dagligen

1 tabl flera ggr per dag

2.5 mg

0.5 g

blodtrycket

huvudvärk

### Mediciner varje dag

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### Mediciner vid behov

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### Tar du naturläkemedel?

- 1  Nej  
2  Ja

**AG153**

Om ja, hur många?

### Namn på preparatet

.....	.....	.....	.....
...	.....	.....	.....

Tag gärna med medicinerna till undersökningen!

Är det någon speciell doktor Ni brukar vända Er till, .....  
om Ni har behov av att söka läkare?

Nej

**AG154**

Ja

Ange i så fall läkarens namn och om möjligt adressen till  
mottagningen eller namnet på det sjukhus, där läkaren  
tjänstgör!

.....  
Läkarens namn

.....  
Mottagningsadress eller sjukhus

Ni kommer själv att få ett meddelande från oss angående resultaten  
från undersökningen.

Vill Ni dessutom att vi skall sända ett meddelande till .....  
ovanstående läkare?

Nej

**AG155**

Ja

H75

2005-2006

GU, Avd Geriatrik

## FRÅGOR OM VATTENKASTNING

1. **Finns problem med vattenkastningen?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
2. **Kommer trängningarna till vattenkastning plötsligt och tvingande?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
3. **Sedan hur länge kommer trängningarna till vattenkastning plötsligt och tvingande?** .....
  - 0
  - 1 < 3 veckor
  - 2 3 veckor till 6 månader
  - 3 6 månader till 2 år
  - 4 > 2 år
  
4. **Hur många gånger kastar Ni vatten per dygn?** .....
  
5. **Förekommer ofrivilligt läckage av urin?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
6. **Har det hänt, att när Ni har trängningar till vattenkastning, urinen kommit av sig själv för tidigt, innan Ni själv vill?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta
  
7. **Har det hänt i samband med hosta eller skratt eller dylikt, att urinen kommit av sig själv, utan att Ni kunna hålla igen, och att Ni känt hur urinen passerar?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta
  
8. **Har det hänt, att urinen har kommit av sig själv på natten, utan att Ni själv har märkt det?** .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta

- 9. Hur ofta förekommer ofrivilligt läckage av urin?** .....
- 1 Varje dag
  - 2 Varje vecka
  - 3 Mer sällan
- 10. Har Ni någon gång behandlats med kateter?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, tidigare
  - 3 Ja, nu
  - 4 RIK (Ren Intermittent Kateterisering)
- 11. Vet Ni varför, Ni behandlas/behandlats med kateter?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja
- Om Ja, varför?
- 12. Om Er vattenkastning förblir oförändrar resten av livet, är Ni då:** .....
- 1 Mycket nöjd
  - 2 Nöjd
  - 3 Ganska nöjd
  - 4 Varken nöjd eller missnöjd
  - 5 Ganska missbelåten
  - 6 Olycklig
  - 7 Fruktansvärt olycklig
- 13. Har Ni trög mage?:** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, alltid
  - 3 Ja, ibland
- 14. Har det någon gång hänt, att avföringen kommit av sig själv i kläderna, utan att Ni kunna hålla igen?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, tidigare
  - 3 Ja, ibland
  - 4 Ja, alltid