

Kryssa i aktuell ruta!Har Du några svårigheter med att:

nej

ja

Äta själv

Klä på Dig

Gå ebehindrat inomhus

Gå i trappor och ta Dig utomhus

Promenera 100 m i någon-  
lunda rask takt

Ifylles e

 7 8 9 10 11Har Du fått ändra på Din livsstil påtagligt på grund av sjukdom eller skada?1  ja, absolut2  ja, i någon mån3  varken ja eller nej4  nej, knappast5  nej, absolut inte 12Öar Du eller har Du tidigare varit under läkarbehandling för någon eller några av följande sjukdomar?

	<u>Aldrig</u>	<u>Ja, tidigare</u>	<u>Ja under senaste 12 mån</u>	
Hjärtinfarkt.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 13
Hjärtsvikt .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 14
Flimmer .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15
By pass opererad (kranskärlsopererad)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 16
Högt blodtryck .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 17
Kronisk luftrörskatarr .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 18
Astma .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 19
Ledgångsvärk .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 20
För låg eller för hög ämnesomsättning	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 21
Cancer.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 22
Magsår .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 23
Galstensbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 24
Leversjukdom .....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 25
Annan hjärtoperation eller klaffel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 26

Kryssa i aktuell ruta!

Ifylles ej

Lider Du av någon annan kronisk sjukdom som ej nämnts här?

nej=0 ja=1

nej  ja

27

Vilken?.....

Skulle Du säga att Du har mer energi än de flesta i Din ålder?

nej  ja

28

Hur många timmar sover Du i genomsnitt per dygn?

Antal timmar ..... 7

30

Har Du varit sängliggande på grund av sjukdom under de senaste 12 månaderna?

nej  ja

31

Hur många veckor helt sängliggande? ..... 2 veckor

33

Har Du varit inlagd på någon vårdinstitution (sjukhus, vårdhem eller liknande) under de sista 12 månaderna?

nej  ja

34

Hur många veckor? ..... 7 veckor

36

Var var Du inlagd? .....

Ungefär hur många gånger har Du besökt läkare under de senaste 12 månaderna? ..... 2 gånger

38

