

1. Datum för ifyllande av enkäten:

2	0	0							
År			Månad			Dag			

2. Är ditt barn en pojke eller flicka?

- 1 Pojke
2 Flicka

3. Vilket är ditt barns födelseår och födelsemånad?

2	0	0					
År				Månad			

4. Hur bedömer du att ditt barns allmänna hälsotillstånd varit den senaste månaden?

- 1 Mycket gott
2 Gott
3 Någorlunda
4 Dåligt
5 Mycket dåligt

5. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd varit den senaste månaden?

- 1 Mycket gott
2 Gott
3 Någorlunda
4 Dåligt
5 Mycket dåligt

6. Bor ditt barn i huvudsak på en adress?

1 Ja, bara på den adress till vilken enkäten skickats

2 Ja, men på en annan adress med postnummer →

→ Vem eller vilka vårdnadshavare bor på samma adress som barnet?

1 Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

1 Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

1 Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

3 Nej, barnet bor **lika mycket** på **två** olika adresser

Om barnet bor lika mycket på två olika adresser ber vi dig besvara följande:

Adress 1

Postnummer →

→ Vilken vårdnadshavare bor på denna adress?

1 Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

2 Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

3 Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

Adress 2

Postnummer →

→ Vilken vårdnadshavare bor på denna adress?

1 Mamma (biologisk eller adoptivförälder)

2 Pappa (biologisk eller adoptivförälder)

3 Annan vårdnadshavare (t ex. fosterförälder)

Bostaden

Om ditt barn bor **lika mycket** på två olika adresser så gäller frågorna 7 – 34 för den adress där den förälder eller vårdnadshavare bor som besvarar enkäten.

7. Vilken typ av bostad bor ditt barn i?

- 1 Småhus (villa, radhus, kedjehus, gård)
 2 Flerbostadshus (lägenhet), bottenvåning
 3 Flerbostadshus (lägenhet), 1 trappa upp eller högre
 4 Annan typ av bostad

8. När är huset (bostaden) byggt?

- 1 Före 1941
 2 1941 – 1960
 3 1961 – 1975
 4 1976 – 1985
 5 1986 – 1995
 6 1996 –
 7 Känner inte till när huset (bostaden) är byggt

9. Hur stor är bostadsytan? (Uppskatta om du inte vet exakt)

m²

10. Hur många personer bor i familjens bostad eller lägenhet?

- 1 2 personer
 2 3-4 personer
 3 5-6 personer
 4 Mer än 6 personer

11. Hur många rum finns i bostaden (förutom köket)?

rum

12. Om ni bor i småhus eller på bottenvåning i flerbostadshus, vilken huvudsaklig grund har huset?

- 1 Bor inte i småhus eller på bottenvåning i flerbostadshus
 2 Betongplatta på mark
 3 Krypgrund, torpargrund, plintgrund
 4 Källare eller suterrängvåning
 5 Känner inte till vilken grund huset har

13. Om huset har källare eller suterrängvåning, är barnets rum beläget där?

- 1 Ja
 2 Nej
 3 Inte aktuellt, huset har ej källare eller suterrängvåning

14. Vilken typ av fönster har bostaden? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 2-glasfönster
 1 3-glasfönster, isolerglasfönster eller bullerskyddade fönster
 1 Annan typ av fönster, vilken? _____
 1 Känner inte till fönstertypen

15. Förekommer kondens (imma längs hela underkanten och minst 2 cm högt) på insidan av fönsterrutorna i sovrum vintertid (november-mars)?

- 1 Ja, så gott som dagligen
 2 Ja, ibland
 3 Nej, aldrig

16. Har bostaden något fönster som är vänt direkt mot ...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Ja 1	Nej 2
... trafikerad gata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... annat än det uppräknade, vad? _____		

17. Har ditt barns sovrum något fönster som är vänt direkt mot ...

Sätt ett kryss på varje rad!

	Ja 1	Nej 2
... trafikerad gata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mindre gata eller lokalgata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... järnväg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... industri eller industriområde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... innergård eller bakgård, trädgård, vatten, skog eller öppet fält?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... annat än det uppräknade, vad? _____		

18. Har ditt barn sovit med öppet fönster den senaste månaden?

Gäller även vädringslucka, vädringsfönster, fönster på glänt.

- 1 Ja, så gott som varje natt
2 Ja, ibland
3 Nej, aldrig

Om nej: Varför?

- 1 Buller
2 Dålig luft eller lukt
3 För kallt ute
4 Annan orsak

19. Hur ventileras bostaden?

- 1 Endast självdrag
2 Självdrag med köksfläkt och/eller badrumsfläkt
3 Fläktsystem med mekanisk **frånluft**
4 Fläktsystem med mekanisk **från- och tilluft**
5 Annat
6 Känner inte till ventilationstypen

20. Hur tycker du att luftkvaliteten i bostaden har varit den senaste månaden?

- 1 Mycket bra
2 Ganska bra
3 Ganska dålig
4 Mycket dålig

21. Vilken typ av spis används för matlagning? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 Elspis
1 Gasspis
1 Vedspis eller spis eldad med annat fast bränsle
1 Annan spis
1 Endast mikrovågsugn

22. Har det funnits synlig fuktskada (fläckar och dylikt) i bostaden?

- 1 Ja
2 Nej

23. Har det funnits synlig mögelväxt i bostaden de senaste 3 månaderna?

Ytlig växt i kakelfogar eller på väggar i våtutrymmen och dylikt räknas inte.

- 1 Ja
2 Nej

24. Har du eller någon annan känt lukt av mögel i bostaden de senaste 3 månaderna?

- 1 Ja
2 Nej

25. Används tvättmaskin i bostaden?

- 1 Ja, mer än 7 tvättar per vecka
2 Ja, 5-7 tvättar per vecka
3 Ja, 1-4 tvättar per vecka
4 Ja, mindre än 1 tvätt per vecka
5 Nej

26. Har ni bytt bostad eller gjort några förändringar p g a misstänkt astma eller allergi hos någon av familjemedlem? Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 Ja, bytt bostad
1 Ja, lämnat bort pälsdjur eller avstått från att skaffa pälsdjur
1 Ja, slutat röka eller slutat röka inomhus
1 Annan förändring i bostaden (t ex tagit bort mattor, installerat centraldammsugare)
1 Nej

27. Har målningsarbeten utförts i bostaden? Svara med alla alternativ som stämmer.**Inför barnets födelse eller adoption?**

- 1 Ja, i det rum där barnet vanligen sover
1 Ja, i övriga bostaden
1 Nej

Efter barnets födelse eller adoption?

- 1 Ja, i det rum där barnet vanligen sover
1 Ja, i övriga bostaden
1 Nej

28. Har omfattande renoveringsarbeten utförts i bostaden? Svara med alla alternativ som stämmer.**Inför barnets födelse eller adoption**

- 1 Ja, i det rum där barnet vanligen sover
1 Ja, i övriga bostaden
1 Nej

Efter barnets födelse eller adoption

- 1 Ja, i det rum där barnet vanligen sover
1 Ja, i övriga bostaden
1 Nej

29. Har ni köpt eller skaffat ett flertal nya möbler de senaste 12 månaderna?

Svara med alla alternativ som stämmer.

- 1 Ja, textilinredning (soffa, fåtöljer, sängar, större mattor, etc.)
1 Ja, träinredning (bokhyllor, bord, stolar, skåp, etc.)
1 Nej

30. Har radonhalten mätts någon gång i bostaden?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

Om ja: Vilket värde uppmättes?

- 1 Under gränsvärdet
2 Över gränsvärdet
3 Vet inte

31. Hur trivs du där du bor?

- 1 Mycket bra
2 Ganska bra
3 Ganska dåligt
4 Mycket dåligt

Familjen**32. Finns det pälsdjur i lägenheten eller bostaden där barnet bor?**

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Vilket eller vilka djur?

- 1 Katt
1 Hund
1 Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)

33. Har det tidigare funnits pälsdjur där barnet bor nu?

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Vilket eller vilka djur?

- 1 Katt
1 Hund
1 Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)

34. Finns det pälsdjur hos släktingar eller vänner som barnet träffar regelbundet?

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Vilket eller vilka djur?

- 1 Katt
1 Hund
1 Gnagare (marsvin, kanin, hamster, råtta, mus mm)

Mammas rökvanor

35 Röker du i bostaden?

- 1 Ja, dagligen
- 2 Ja, dagligen men inte inne i bostaden
- 3 Nej

Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker du inne i bostaden?

- 1 1-7 per dag
- 2 8-15 per dag
- 3 16-25 per dag
- 4 Mer än 25 per dag

36. Rökte du under graviditeten?

- 1 Ja
- 2 Nej

<i>Om ja: Hur många cigaretter rökte du per dag?</i>	6 cig. eller mer 1	16-25 cig. 2	8 – 15 cig. 3	1 – 7 cig. 4
Under de första 0 - 3 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 4:e - 6:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 7:e -9:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Snusade du under graviditeten?

- 1 Ja
- 2 Nej

<i>Om ja: Hur mycket snusade du per månad?</i>	4 dosor eller mer 1	2 – 3 dosor 2	1 dosa eller mindre 3
Under de första 0 - 3 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 4:e - 6:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 7:e -9:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Använde du någon typ av nikotinersättningsmedel under graviditeten?

- 1 Ja
- 2 Nej

<i>Om ja: Vilket eller vilka nikotinersättningsmedel använde du?</i>	Tuggummi 1	Plåster 1	Microtab 1	Spray 1
Under de första 0 - 3 månaderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 4:e - 6:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Under 7:e -9:e månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pappas rökvanor

39. Röker du i bostaden?

- 1 Ja, dagligen
 2 Ja, dagligen men inte inne i bostaden
 3 Nej

Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker du inne i bostaden?

- 1 1-7 per dag
 2 8-15 per dag
 3 16-25 per dag
 4 Mer än 25 per dag

40. Röker något syskon och/eller annan person som bor i bostaden?

- 1 Ja, dagligen
 2 Ja, dagligen men inte inne i bostaden
 3 Nej

Om ja: Hur många cigaretter, cigarrer eller pipstopp röker syskon och/eller annan person inne i bostaden totalt per dag? (Sammantaget för alla)

- 1 1-7 per dag
 2 8-15 per dag
 3 16-25 per dag
 4 Mer än 25 per dag

41. Brukar ditt barn regelbundet (mer än 1 gång per vecka) vistas i annan miljö där det förekommer tobaksrök?

- 1 Ja
 2 Nej

42. Har mamma eller pappa (biologiska föräldrar) någon av följande sjukdomar enligt läkare? Svara med alla alternativ som stämmer.

	Mamma 1	Pappa 1
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisnuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergiska ögonbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergi mot pollen, pälsdjur, kvalster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atopiskt eksem (böjveckseksem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inget av ovanstående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Har mamma eller pappa (biologiska föräldrar) dyslexi (läs- och skrivsvårigheter)?

	Mamma 1	Pappa 1
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Vilken är mammas, pappas eller annan vårdnadshavares högsta slutförda utbildning? Svvara med alla alternativ som stämmer.

	Mamma 1	Pappa 1
Kortare utbildning eller ej avslutad skolgång	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grundskola eller motsvarande, 9-10 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gymnasium, 11-14 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universitet eller högskola, 14 år eller mer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Vad har mamma, pappa eller annan vårdnadshavare haft för huvudsaklig sysselsättning de senaste 3 månaderna? Svvara med endast ett alternativ.

	Mamma 1	Pappa 1
Arbetat hel- eller deltid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbetslös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studerat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Föräldraledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjänstledig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förtidspensionerad eller långtidssjukskriven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensionär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemmafru eller hemmaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ditt barns hälsa

46. Vad var ditt barns vikt och längd vid senaste mättillfället?

kilo

centimeter

Vet varken längd eller vikt

Tidpunkt för vikt- och längdmätning:

År Månad

47. Har ditt barn varit förkyllt (täppt och rinnande näsa) de senaste 3 månaderna?

- 1 Ja, 2 gånger eller fler
 2 Ja, 1 gång
 3 Nej

48. Har ditt barn haft öroninflammation de senaste 3 månaderna?

- 1 Ja, 2 gånger eller fler
 2 Ja, 1 gång
 3 Nej

49. Har ditt barn haft lunginflammation de senaste 3 månaderna?

- 1 Ja, 2 gånger eller fler
 2 Ja, 1 gång
 3 Nej

50. Har ditt barn behandlats med antibiotika eller penicillin de senaste 3 månaderna?

- 1 Ja, 2 gånger eller fler
 2 Ja, 1 gång
 3 Nej

51. Hur många dagar har ditt barn varit sjukt under den senaste månaden?

dagar

- 1 Barnet har inte varit sjukt under den senaste månaden

52. Har ditt barn under de senaste 3 månaderna ...

... sökt för akuta besvär?	Ja, 2 gånger eller fler 1	Ja, 1 gång 2	Nej, aldrig 3
----------------------------	---------------------------------	-----------------	------------------

I öppenvård (sjuksköterska, distriktsläkare, allmänläkare, barnläkare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

På sjukhus (akutmottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

... sökt för kontroll av någon sjukdom?	Ja, 2 gånger eller fler 1	Ja, 1 gång 2	Nej, aldrig 3
---	---------------------------------	-----------------	------------------

I öppenvård (sjuksköterska, distriktsläkare, allmänläkare, barnläkare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

På sjukhus (ej akutmottagning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Annan vårdinstans (t ex barnhälsö hälsovård)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

53. Har ditt barn tagit hål i öronen eller gjort hål för smycken någon annanstans på kroppen?

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Hur gammalt var ditt barn när det första gången gjorde hål för smycken?

månader

Besvär

Besvär från nedre luftvägarna

54. Har ditt barn någon gång haft pipande eller väsande andning?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

55. Har ditt barn haft besvär från de nedre luftvägarna den senaste månaden?
(Med sådana besvär menar vi besvärande hosta, pipande eller väsande andning)

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Hur många dagar och/eller nätter?

Dagtid antal dagar

Nattetid antal nätter

56. Har ditt barn astma enligt läkare?

- 1 Ja
2 Nej

57. Har ditt barn haft andningsbesvär där man konstaterat en RS-virus infektion?

- 1 Ja
2 Nej

Födoämnesbesvär

58. Har ditt barn fått besvär av något födoämne?

- 1 Ja
2 Nej
3 Vet inte

Om ja: När uppträdde besvären första gången?

Vid månaders ålder

Med besvär från **nedre luftvägarna** menar vi besvärande hosta, pipande eller väsande andning.

Med besvär från **övre luftvägarna** menar vi irriterade, kliande ögon, snuva eller nästäppa.

59. Om ja, har ditt barn fått besvär från något av följande?

Sätt *minst ett kryss på varje rad.*

	Besvär från nedre luftvägarna 1	Besvär från övre luftvägarna 1	Nässelutslag/ urticaria 1	Eksem 1	Annat 1	Har ännu inte fått smaka 1	Nej, har inte fått besvär 1
Mjök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vetemjöl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Har ditt barn födoämnesallergi enligt läkare?

- 1 Ja
2 Nej

Besvär från huden

61. Har ditt barn någon gång haft hudutslag med klåda som medfört att barnet rivit och kliat sig i minst 2 veckor?

- 1 Ja
2 Nej

62. Har ditt barn eksem enligt läkare?

- 1 Ja
2 Nej

Om ja: Vilken typ av eksem har barnet?

- 1 Atopiskt eksem (böjveckseksem)
2 Annat eksem

63. Har ditt barn nickelallergi?

- 1 Ja
2 Nej

Buller

64. Har du känt obehag av något av nedanstående i eller i närheten av bostaden den senaste månaden? *Besvara varje rad.*

	Ja, flera gånger i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig/ inte aktuellt 3
Ljud från grannar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från fläkt i fastigheten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från nöjeslokaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hög musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från vägtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från tågtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från flygtrafik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buller från industri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat buller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

65. Upplever du att ovanstående buller i eller i närheten av bostaden stört dig så att följande försvårats eller hindrats den senaste månaden? *Besvara varje rad.*

	Ja, flera gånger i veckan 1	Ja, men mer sällan 2	Nej, aldrig 3
Lyssna på radio, TV eller musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prata i telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligt samtal inomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanligt samtal utomhus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattsömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mammas matvanor

66. Hur ofta äter du fisk?

- 1 3 gånger per vecka eller mer
- 2 2 gånger per vecka
- 3 1 gång per vecka
- 4 1-3 gånger per månad
- 5 Mindre än 1 gång per månad
- 6 Aldrig

67. Hur ofta äter du i genomsnitt insjöfisk (abborre, gädda, gös eller lake)?

- 1 3 gånger per vecka eller mer
- 2 2 gånger per vecka
- 3 1 gång per vecka
- 4 1-3 gånger per månad
- 5 Mindre än 1 gång per månad
- 6 Aldrig

68. Hur ofta äter du i genomsnitt strömming (*strömming eller sill fångad i Östersjön*)?

- 1 3 gånger per vecka eller mer
- 2 2 gånger per vecka
- 3 1 gång per vecka
- 4 1-3 gånger per månad
- 5 Mindre än 1 gång per månad
- 6 Aldrig

69. Känner du till kostråden för fisk?

- 1 Ja
- 2 Nej

70. Äter du någon speciell kost för närvarande?

- 1 Ja
- 2 Nej

Om ja: Vilken typ av kost?

- 1 Biodynamisk eller ekologisk
- 2 Vegetarisk
- 3 Komjölksfri
- 4 Glutenfri
- 5 Vegan
- 6 Utesluter griskött
- 7 Annan kost

Övriga frågor

71. Hur länge fick ditt barn endast bröstmjök? (Utan tillägg av modersmjölksersättning, välling eller smakportioner)

Månader

72. Hur länge ammadess ditt barn sammanlagt?

Månader

1 Ammar fortfarande

73. Hur gammalt var ditt barn när det började äta två mål om dagen (välling, ersättning, gröt eller liknande) **utöver bröstmjök?**

Månader

1 Har ännu inte börjat äta två mål om dagen utöver bröstmjök

74. Vilken typ av kranvatten använder du till barnet? Välj det alternativ som passar bäst.

- 1 Kommunalt vatten
2 Vatten från egen brunn (grävd)
3 Vatten från egen brunn (borrad)
4 Använder ej kranvatten

75. Går ditt barn på babysim?

- 1 Ja, går nu
2 Ja, har gått tidigare
3 Nej

76. Finns park, grönområde, strövområde eller skog inom bekvämt gångavstånd från bostaden?

- 1 Ja
2 Nej

77. Hur mycket har ditt barn vistats ute i natur, park eller grönområde den senaste månaden?

- 1 Så gott som dagligen
2 Ibland
3 Aldrig

78. Vem har svarat på detta frågeformulär? Svara med alla alternativ som gäller.

- 1 Mamma
1 Pappa
1 Annan vårdnadshavare, vem? _____

