

A red heart logo composed of two overlapping, stylized shapes, positioned above the text.

Levnadsvanor och hälsa

A**HÄLSA****1. Hur bedömer Du Din hälsa?**

Mycket god God Sådär Dålig

2. Har Du haft någon av följande sjukdomar?

Ja Nej

Om ja, ange vilken/vilka och **ålder** vid första diagnos.

<input type="checkbox"/> Högt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Högt kolesterol.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Blodpropp (djup) i benet/lungan.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kärlkramp i hjärtat.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hjärtinfarkt.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Slaganfall (stroke).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sockersjuka (diabetes).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Benbrott i handled/kota/lårben.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oregelbunden puls (hjärtarytmi).....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Grå starr.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vattenkastningsbesvär.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ledgångsrheumatism.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kroniska luftrörsbesvär.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Depression.....	<input type="checkbox"/>

3. Har någon av dina biologiska föräldrar eller syskon haft något av följande:

Ja Nej

Om ja, ange vem/vilka som haft:

	Mor	Far	Syskon
Bröstcancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tjocktarmscancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan cancer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledgångsrheumatism.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psoriasis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sockersjuka (diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Högt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaganfall (stroke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ange ålder vid första slaganfall			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ange ålder vid första infarkt			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B**BESVÄR FRÅN BRÖSTET****4. Får Du smärtor - stickningar - ont i bröstet när Du går uppför backar eller trappor, eller när Du går fort på plan mark?**

Ja Nej

5. Får Du smärtor - stickningar - ont i bröstet när Du går i vanlig takt på plan mark?

Ja Nej

Om Du svarat ja på fråga 4 eller 5, svara då också på fråga 6-9.

6. Om Du får smärtor eller obehag i bröstet i samband med att Du rör Dig, brukar Du då:

Stanna Sakta ner Fortsätta i samma takt

7. Om Du stannar eller saktar ner, försvinner smärtorna då?

Ja Nej

8. Om de försvinner, hur snart försvinner de?

Efter mindre än 10 minuter
 Efter mer än 10 minuter

9. Blir Du andfådd av att gå två trappor upp eller motsvarande i samma takt som jämnåriga?

Ja Nej

C**MEDICINER****10. Hur mycket har Du använt följande mediciner de senaste fyra veckorna?**

	Dagligen	Varje vecka ej dagligen	Mindre än varje vecka	Ej använt sista månaden
Acetylsalicylsyra.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>(t.ex. Magnecyll, Bamyll, Disprill, Aspirin, Alka-Seltzer, Treo, Albyl, Bamycoor)</small>				
Smärtstillande på recept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnmedel/insomningsmedel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lugnande medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicin mot högt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsänkande medicin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan medicin på recept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange vilken.....

D**RÖKNING****11. Har Du rökt cigaretter regelbundet någon gång?**

Ja, jag började när jag var år. Nej, aldrig.

Om ja, fyll i följande:

Jag röker fortfarande. Antal cigaretter per dag

Jag slutade röka för år sedan.

12. Snusar Du eller röker pipa/cigarrer/cigariller dagligen?

Ja, snusar Ja, röker pipa/cigarr/cigarill Nej

E

STRESS

Med stress menar vi att man känner sig spänd, retlig, nervös, ångestfylld eller har svårigheter med sömnen på grund av t.ex. förhållanden i arbetet eller hemmet etc.

13. Kryssa för ett alternativ som stämmer bäst in på Din situation i hemmet och ett alternativ som stämmer bäst in på din situation på arbetet:

	I hemmet	På arbetet
Har aldrig upplevt stress.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har upplevt någon stressperiod.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Någon stressperiod senaste 5 åren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flera stressperioder senaste 5 åren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig stress senaste året.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig stress de senaste 5 åren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hur ofta känner Du stark ilska?

ggr/dag ggr/v sällan aldrig

F

KOSTVANOR SENASTE 12 MÅN

15. Hur mycket dricker/äter Du av följande:

1 glas=2 dl

Per dag **eller** Per vecka

Fyll i per dag **eller** per vecka.

Lätt/minimjolk*.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Mellanmjolk*.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Standarmjolk*.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Standardfil/yoghurt.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Lättfil/lättyoghurt.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Saft/läsk.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Lättöl.....	<input type="checkbox"/>	glas/d	<input type="checkbox"/>	glas/v
Te (1 kopp=1,5 dl).....	<input type="checkbox"/>	kopp/d	<input type="checkbox"/>	kopp/v
Kaffe (filter/pulver).....	<input type="checkbox"/>	kopp/d	<input type="checkbox"/>	kopp/v
Kaffe (kokat).....	<input type="checkbox"/>	kopp/d	<input type="checkbox"/>	kopp/v
Presskanna/Perkulator.....	<input type="checkbox"/>	kopp/d	<input type="checkbox"/>	kopp/v
Espresso mm.....	<input type="checkbox"/>	kopp/d	<input type="checkbox"/>	kopp/v
Socket/honung.....	<input type="checkbox"/>	bit,tsk/d	<input type="checkbox"/>	bit,tsk/v

*Även i kaffe, te och gröt.

Fyll i per dag **eller** per vecka.

Ost.....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v
Lättost.....	<input type="checkbox"/>	matsk/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v
Dessertost (brie, camember).....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v
Keso/kvarg mfl.....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	matsk/v
Knäckebröd.....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v
Vitt bröd/limpa.....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v
Grovt/fullkornsbröd.....	<input type="checkbox"/>	skivor/d	<input type="checkbox"/>	skivor/v

16a. Hur många brödskivor med smör/margarin brukar Du äta per dag **eller vecka?**

skivor/dag skivor/vecka

16b. Hur brukar Du breda smör eller margarin på Dina smörgåsar? Inget matfett alls

Ganska tjockt Tunt Mycket tunt

17. Vilka typer av matfett brukar Du använda?

MATFETT	Hemgjord		
	Smörgåsar	dressing	Matlagning
Smör.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bregott (vanligt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smörgåsmargarin (ex Flora).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lättmargarin (ex Lätta).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hushållsmargarin (ex Milda).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olivolja (eller olivoljebaserat marg).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsolja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matolja (ex majs, solrosolja).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flytande margarin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jag använder inget matfett....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur ofta i genomsnitt brukar Du äta följande?

sätt endast ett kryss på varje rad.

SPANNMÅL	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Havregrynsgröt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan gröt/välling.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flingor/müsli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagetti/makaroner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pannkaka/plättar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vete- eller havrekli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KÖTT	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Köttfärsrätter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(köttbullar/pannbiff/köttfärsås)			
Fläskkött.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpudding/blodkorv.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever/njure.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leverpastej.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kött- eller korvpålägg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nöt/kalv/lammkött.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kejbab.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korv (stekt/grillad/kokt).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FÅGEL/FISK/ÄGG	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Kyckling/annan fågel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sill/strömming/makrill.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lax/sik/röding/mm.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torsk/sej/fiskpinnar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaldjur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ägg/omelett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POTATIS/MORÖTTER	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Kokt potatis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt potatis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pommes frites.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morötter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rödbetor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sätt endast ett kryss på varje rad.

GRÖNSAKER	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Sallad/isbergssallad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitkål/rödkål/salladskål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blomkål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Broccoli/brysselkål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomat/tomatjuice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paprika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spemat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gröna ärtor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lök/purjolök.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitlök.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandade grönsaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärtsoppa/bönor/linser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojaprodukter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brukar Du oftast äta råa grönsaker? Nej Ja

sätt endast ett kryss på varje rad.

FRUKT/BÄR	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Apelsin/clementin etc.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apelsinjuice/grapejuice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äpple/päron.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Banan.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bär (färska/frysta).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan frukt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sylt/marmelad/mos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktkräm/fruktsoppor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sätt endast ett kryss på varje rad.

KAKOR/GODIS mm	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Kaffebröd (bullar/kakor).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kex/rån/skorpor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tårta/konditoribit/"GoBit".....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Choklad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Godis (ej choklad).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glass.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chips/ostbågar o.dyl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nötter/mandel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salladdressing lätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salladdressing vanlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majonäs lätt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Majonäs vanlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lätt crème fraiche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème fraiche vanlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grädde i sås.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketchup.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hur många måltider äter Du utanför hemmet per vecka? st

20. Hur ofta brukar Du dricka alkohol?

sätt endast ett kryss på varje rad.

ALKOHOL	Gånger per		
	...månad	...vecka	...dag
	0 1-3	1-2 3-4 5-6	1 2 3+
Folköl, kl II.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starköl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkvin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Jag har aldrig druckit alkohol
 Jag slutade dricka alkohol när jag var år

21. Hur mycket dricker Du vid varje tillfälle?

Öl cl Vin cl Sprit cl
 1 burk öl=33/50cl 1 flaska vin=75cl

22. Äter Du vitamin/mineral- eller annat tillskott?

Ja, regelbundet Ja, ibland Nej

Om ja, hur mycket och hur många år

Multivitaminer.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år
Vitamin C.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år
Vitamin E.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år
Vitamin B6.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år
Kalcium.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år
Fiskolja.....	<input type="text"/> tabl/v	<input type="text"/> år

23. Vilka av följande preparat brukar Du äta?

- | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enomdan | <input type="checkbox"/> Vitamineral | <input type="checkbox"/> Vitaplex | <input type="checkbox"/> Oxigard |
| <input type="checkbox"/> Dulcivit | <input type="checkbox"/> Vit B-komplex | <input type="checkbox"/> Selen | <input type="checkbox"/> Krom |
| <input type="checkbox"/> Gerimax | <input type="checkbox"/> Betakaroten | <input type="checkbox"/> Q 10 | <input type="checkbox"/> Curbicin |
| <input type="checkbox"/> Protector | <input type="checkbox"/> Magnesium | <input type="checkbox"/> Zink | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Esbericum | <input type="checkbox"/> Hyperiforce | <input type="checkbox"/> Cernitol | |
| <input type="checkbox"/> Echinacea | <input type="checkbox"/> Vitlökspreparat | <input type="checkbox"/> Omnibionta | |
| <input type="checkbox"/> Linfrön | <input type="checkbox"/> Ginseng | <input type="checkbox"/> Folsyra | |

24. Vilka av följande mål äter Du en vanlig dag?

	Ja	Nej
Morgonkaffe (el.dyl.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukost.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunch.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvällsmat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

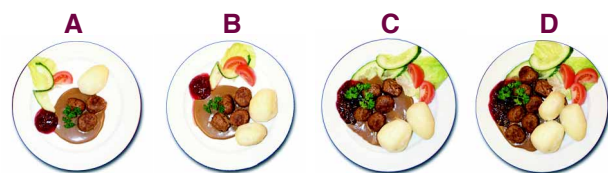
25. Hur ofta äter Du lagad mat?

Inte varje dag 1ggr/dag 2ggr/dag

26. Hur stora portioner äter Du?

Beskriv Dina egna portioners storlek i förhållande till bilderna nedan. Välj den som passar bäst in på Dina portioner.

- Som halva portion A.....
- Som portion A.....
- Mitt emellan portion A och B.....
- Som portion B.....
- Mitt emellan portion B och C.....
- Som portion C.....
- Mitt emellan portion C och D.....
- Som portion D.....
- Större än portion D.....



G

VIKT

27. Vilken var Din födelsevikt?

Vet ej

Mindre än 1500 gram 1500-2499 2500-3999 4000-4999 Över 5000

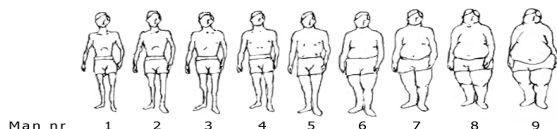
28. Föddes Du mer än en månad för tidigt?

Ja Nej

29. Är Du tvilling?

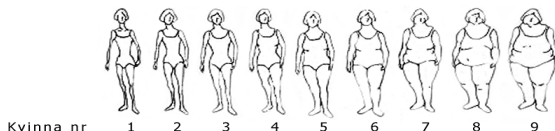
Ja Nej

30a. Hur såg Din biologiska fars figur ut vid 40 års ålder? Ringa in ett alternativ.



Man nr

30b. Hur såg Din biologiska mors figur ut vid 40 års ålder? Ringa in ett alternativ.



Kvinna nr

31. Hur lång var Du när Du var 20? cm

32. Vad var Din vikt när Du var 20? kg (Om Du inte var gravid)

33. Har Du någon gång i Ditt liv gått ner i vikt 5 kg eller mer på mindre än 1 år? Om ja, varför?

- Nej, aldrig (obs, ej i samband med graviditet)
- Ja, pga bantning ggr sjukdom ggr
var mer aktiv ggr annat ggr

34. Om Du har bantat, vilka metoder använde Du?

- Viktväktarna Mindre fett Fasta
 Fibertabletter Bantningspulver Mediciner
 Annan

35. Har Du medvetet ändrat kostvanor de senaste:

12 mån Ja Nej 5 åren Ja Nej

H FYSISK AKTIVITET och MOTION

36. Hur mycket rör Du Dig och anstränger Dig kroppsligt på fritiden?

Om Din aktivitet varierar mycket mellan t ex sommar och vinter, så försök att ta ett genomsnitt. Frågan gäller det senaste året.

Grupp 1 *Stillasittande fritid* Kryssa endast i EN ruta!

Du ägnar Dig mestadels åt läsning, TV, datorer, bio eller annan stillasittande sysselsättning på fritiden.....

Grupp 2 *Måttlig motion på fritiden*

Du promenerar, cyklar eller rör Dig på annat sätt under minst 4 timmar i veckan. I detta inräknas också gång eller cykling till och från arbetet samt söndagspromenader, trädgårdsarbete, fiske, bordtennis, bowling etc.....

Grupp 3 *Regelbunden motion och träning*

Du ägnar Dig åt t ex löpning, simning, tennis, badminton, motionsgymnastik eller liknande. Tyngre trädgårdsarbete och liknande räknas till denna grupp. Observera att det ska vara i genomsnitt minst 2-3 timmar i veckan.....

Grupp 4 *Hård träning eller tävlingsidrott*

Du ägnar Dig åt hård träning och tävling i löpning, orientering, skidåkning, simning, fotboll, handboll etc regelbundet eller flera gånger i veckan.....

37. Markera Din fysiska aktivitet:

Arbete/Sysselsättning

- Mest stillasittande.....
- Sitter ca 1/2 tiden.....
- Mest stående.....
- Går mest, lyfter, bär lite.....
- Går mest, lyfter, bär mycket.....
- Tungt kroppsarbete.....

Gång/cykling

- Nästan aldrig.....
- Mindre än 20 min/dag.....
- 20-40 min/dag.....
- 40-60 min/dag.....
- 1-1,5 tim/dag.....

Hem- och hushållsarbete

- Mindre än 1 tim/dag.....
- 1-2 tim/dag.....
- 3-4 tim/dag.....
- 5-6 tim/dag.....
- 7-8 tim/dag.....
- Mer än 8 tim/dag.....

H FYSISK AKTIVITET och MOTION

Fritiden

Titta på TV/läs/framför datorn

- Mindre än 1 tim/dag.....
- 1-2 tim/dag.....
- 3-4 tim/dag.....
- 5-6 tim/dag.....
- Mer än 6 timmar per dag.....

Motion

- Mindre än 1 tim/vecka.....
- 1 tim/vecka.....
- 2-3 tim/vecka.....
- 4-5 tim/vecka.....
- Mer än 5 tim/vecka.....

I SOCIALT NÄTVERK

38. Hur många människor, med samma intressen som Du, känner Du och har kontakt med? Både i arbetet och på fritiden.

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

39. Hur många människor, som Du känner, träffar Du eller samtalar Du med under en vanlig vecka? Räkna inte dem som Du bara träffar tillfälligt.

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

40. Hur många vänner har Du som kan komma hem till Dig när som helst och känna sig som hemma? De skulle inte bry sig om det var ostädad eller om Du höll på att äta. Räkna inte nära släktingar.

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

41. Hur många finns det, i Din familj eller bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

42. Hur många människor finns det i Din omgivning som Du lätt kan be om saker? Människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köksaker?

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

43. Bortsett från dem där hemma, hur många finns det som Du kan vända Dig till om Du kommer i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp när Du har det besvärligt?

Ingen 3 - 5 11 - 15
 1 - 2 6 - 10 Mer än 15

J ÖVRIGA FRÅGOR

44. Var växte Du upp?

I en storstad/förort I en mellanstor stad
 I en mindre stad/samhälle På landsbygden

45. Vilka utbildningar/skolor har Du gått?

(ange högsta nivå)

Folkskola/Grundskola Gymnasium
 Realskola Universitet/högskola
 Yrkesskola/Flickskola Annan utbildning

46. Vilket är Ditt nuvarande civilstånd?

Ogift Gift/sambo Frånskild Änka/Änkeman

47. Hur många barn ingår i Ditt hushåll? st.

48. Är Du för närvarande:

i arbete heltid helt förtidspensionär/sjukskriven
 i arbete deltid deltid förtidspensionär/sjukskriven
 folkpensionär arbetslös annat

49. Om Du plötsligt hamnar i en oförutsedd situation, där Du på en vecka måste skaffa fram 14.000 kr, skulle Du klara det?

Ja Nej

50. Har det under de senaste 12 mån hänt att Du haft svårigheter med att klara de löpande utgifterna för mat, hyra, räkningar m.m?

Ja Nej

51. Vad är Ditt nuvarande yrke?

.....

K FRÅGOR TILL DIG SOM ÄR KVINNA

52. Hur gammal var Du när Du fick menstruation första gången? år

53. Har Du menstruation fortfarande?

Ja Nej

Om nej, hur gammal var Du när den upphörde? år

54. Är Du gravid nu? Ja Nej

55. Hur många barn har Du fött? st

56. Om Du har fött barn, hur många månader ammade Du Dina barn i snitt? mån

57. Använder Du något av följande:

	Nej	Ja, nu	Tidigare	Hur länge
P-piller/minipiller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Hormonspiral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Östrogen (tablett/plåster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år
Östrogen (kräm/stolpiller) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år

58. Om Du använder något av ovanstående, vilket märke använder Du?

.....