

1. Dato for udfyldelse af skemaet

--	--

 -

--	--

 -

2	0	1	1
---	---	---	---

dag md. år

2. Hvad er din relation til barnet?

(Sæt kun ét kryds)

☐ Jeg er barnets biologiske mor

☐ Jeg er barnets biologiske far

☐ Anden relation: _____

--	--

Forbeholdt
kodning

3. Besvarer du dette spørgeskema

(Sæt ét eller flere krydser)

☐ Sammen med en anden forælder?

☐ Sammen med dit barn?

☐ Sammen med en anden, hvem? _____

☐ Alene?

--	--

Forbeholdt
kodning

4. Hvornår er dit barn født?

--	--

 -

--	--

 -

--	--	--	--

dag md. år

5. Er dit barn født i Danmark?

☐ Ja (gå til spørgsmål 7)

☐ Nej, i et andet nordisk land

☐ Nej, i et andet land end et nordisk

Hvis nej, angiv venligst hvilket land? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

6. Hvor gammelt var dit barn, da han/hun flyttede til Danmark?

--	--

 år

7. Hvilket køn har dit barn?

☐ Dreng

☐ Pige

8. Hvor høj er dit barn? (mål venligst dit barn uden sko og rund op til hele centimeter).

--	--	--

 cm

9. Hvad vejer dit barn? (vej venligst uden tøj og rund op til hele kilo).

--	--	--

 kg

Dit barns familiesituation

10. Har forældresituationen ændret sig for dit barn? (regn venligst også graviditetsperioden med) (*Sæt ét eller flere krydser*)

☐ Nej, ingen forandring

☐ Ja, separation/skilsmiss

☐ Ja, dødsfald

☐ Ja, der er kommet en ny forælder til

Måned

Årstal

--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

--	--

--	--	--	--

11. Hvor mange personer bor på samme bopæl som dit barn? (barnets bopælsadresse)

Voksne (fyldt 18 år)

--	--

Børn 0-17 år (barnet i denne undersøgelse skal også tælles med)

--	--

Hvilket nummer er han/hun i søskendeflokken? (det ældste barn = nr. 1., osv.)

Dit barn, som er udvalgt til denne undersøgelse, er nummer:

--	--

Hvilke voksne bor på dit barns bopæl?

(*Sæt ét eller flere krydser*)

☐ Mor

☐ Far

☐ Søskende fyldt 18 år. I så fald hvor mange?

--	--

☐ Stedmor (fars nye ægtefælle eller samlever)

☐ Stedfar (mors nye ægtefælle eller samlever)

☐ Andre, hvilke?

--	--

Forbeholdt
kodning

12. Hvis dit barns forældre bor hver for sig:

a) Hvor ofte ser dit barn den anden forælder (den som ikke har samme bopæl som barnet)?

cirka

--	--

 gange pr. måned

eller cirka

--	--	--

 gange pr. år

☐ Aldrig, eller næsten aldrig

b) Hvis dit barn bor skiftevis hos sin mor og far:

Hvor mange dage om året bor (overnatter) barnet hos den anden forælder?

cirka

--	--	--

 dage pr. år

Barnets sundhed

13. Har dit barn inden for de seneste 3 måneder måttet blive hjemme (fra vuggestue, børnehave, dagpleje, børnehaveklasse, skole, arbejde eller lignende) på grund af sygdom eller kontakt med sundhedsvæsenet?

☐ Nej

☐ Ja

antal dage

14. Har dit barn en langvarig sygdom eller et handicap, som du synes har påvirket barnets daglige liv i mindst 3 måneder gennem det sidste år?

(Sæt ét kryds i hver række)

Hvis ja, angiv i hvilken grad du anser dit barns sygdom/handicap for at være

	Nej	Ja		Mild	Middel	Svær
Diabetes (sukkersyge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat syn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsat hørelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taleproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavetarmsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergisk snue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bevægelseshæmmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overvægt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MBD/DAMP/ADHD ("hyperaktivitet")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, angiv venligst hvilken sygdom/handicap?

Forbeholdt
kodning

15. Hver uge eller hver anden uge: Har dit barn et eller flere af følgende symptomer eller gener?

(Sæt ét kryds i hver række)

Hvis ja, angiv i hvilken grad du anser symptomet eller genen for at være...

	Nej	Ja		Mild	Middel	Svær
Mavepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondt i ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, angiv venligst hvilket symptom/gene?

Forbeholdt
kodning

☐ Nej, mit barn har ingen symptomer eller gener

16. a) Har dit barn været udsat for skader/ulykker/forgiftning inden for de seneste 12 måneder?

☐ Nej (gå til spørgsmål 17)

☐ Ja antal gange

- b) Hvor skete det?
(Sæt ét eller flere krydser)

Medførte det:

Lægebesøg?

Sygehusindlæggelse?

- ☐ Hjemme/nærmiljøet
- ☐ Vuggestue/børnehave/skole/arbejde
- ☐ I trafikken
- ☐ Et andet sted, hvor? _____

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

☐ Nej ☐ Ja

Forbeholdt
kodning

17. a) Har dit barn brug for medicin på recept til behandling af sygdom?

☐ Nej

☐ Ja

b) **Hvis ja:** Hvilken slags medicin og hvor længe har dit barn fået medicinen? Hvis barnet får mere end to slags medicin, vil vi bede dig angive de to vigtigste

Lægemiddel 1: _____

--	--

Forbeholdt
kodning

Hvor længe har barnet brugt det?

--	--

 antal måneder

☐ Mindre end en måned

Lægemiddel 2: _____

--	--

Forbeholdt
kodning

Hvor længe har barnet brugt det?

--	--

 antal måneder

☐ Mindre end en måned

18. Inden for de seneste 4 uger: Har dit barn fået håndkøbsmedicin (uden recept)?
(Sæt ét kryds i hver række)

☐ Nej ☐ Ja Mod hovedpine

☐ Nej ☐ Ja Mod led- og muskelsmerter eller lignende

☐ Nej ☐ Ja Mod forkølelse, hoste eller feber

☐ Nej ☐ Ja Mod søvnløshed eller nervøsitet

☐ Nej ☐ Ja Mod træthed

☐ Nej ☐ Ja Mod mavepine eller forstoppelse

☐ Nej ☐ Ja Andet. Hvilket? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

19. Hvor ofte snakker I i familien med dit barn om sundhed og sundhedsforebyggelse
(f.eks. om at spise sundt, være fysisk aktiv)?
(Sæt ét kryds)

☐ Aldrig

☐ En eller flere gange om året

☐ En eller flere gange om måneden

☐ En eller flere gange om ugen

☐ Dagligt

20. Hvor får du viden om dit barns sundhed og sygdomsforebyggelse?

(Sæt ét eller flere krydser)

- ☐ Venner/familie
- ☐ Vuggestue/børnehave/dagpleje/skole
- ☐ Selvhjælpsgrupper
- ☐ Internettet/hjemmesider
- ☐ Jeg lægger spørgsmål på internettet/blogger
- ☐ Dagblade/ugeblade
- ☐ Bøger
- ☐ Informationsbrochurer
- ☐ Radio/TV
- ☐ Andet, hvad? _____
- ☐ Ikke relevant, jeg har ikke haft behov for at søge viden om det

--	--

Forbeholdt
kodning

21. Hvor godt forstår du generelt den information du modtager om dit barns sundhed?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Meget dårligt	Dårligt	Hverken godt eller dårligt	Godt	Meget godt	Bruger ikke denne form for information
Information, som jeg får mundtligt af medicinsk uddannet personale (læge, sygeplejerske, apoteks- ansat, m.fl.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instruktioner i eller på emballage af medicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brochurer f.eks. fra kommune eller lægens venteværelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information på internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spørgsmål om barnets kontakter i forbindelse med sygdom og sundhed

22. Kontakt til sundhedspersonale vedrørende dit barn:
Har du, din ægtefælle/samlever eller dit barn selv inden for de seneste 3 måneder haft telefonkontakt til sundhedspersonale?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Nej	Ja	Antal gange
Praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sundhedsplejerske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andet sundhedspersonale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvis andet sundhedspersonale, hvem (angiv profession)?

Forbeholdt
kodning

23. Har dit barn inden for de seneste 3 måneder besøgt eller haft besøg af nedenstående? (Rutine-helbredsundersøgelse hos sundhedsplejerske, skolelæge eller praktiserende læge skal ikke tælles med)

(Sæt ét kryds i hver række)

	Nej	Ja	Antal gange
Praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Speciallæge (på sygehus eller privat praktiserende speciallæge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lægebesøg i hjemmet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sundhedsplejerske eller sygeplejerske hos praktiserende læge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sygeplejerske hos speciallæge eller sygehusambulatorium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tandlæge/tandplejer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diætist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Andet sundhedspersonale (f.eks. socialrådgiver, talepædagog, ergoterapeut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvis andet, hvem (angiv profession)?

Forbeholdt
kodning

24. a) Kontakt til nogen uden for det almindelige sundhedsvæsen vedrørende dit barn:
Har du eller din ægtefælle/samlever eller barnet selv inden for de seneste 3
måneder haft kontakt til alternative behandlere (f.eks. homøopat, zoneterapeut,
kiropraktor, naturmedicinere)?

☐ Nej

☐ Ja

Hvem (angiv stillingsbetegnelse)?

--	--

--	--

Forbeholdt
kodning

- b) Hvad var årsagen til, at I søgte denne behandlingsform?

--	--

--	--

Forbeholdt
kodning

25. Hvor havde dit barn sin seneste kontakt med læge eller sundhedsplejerske?
(Sæt ét kryds)

☐ Hos praktiserende læge

☐ Hos speciallæge på sygehus eller hos praktiserende speciallæge

☐ Lægebesøg i hjemmet

☐ Hos sundhedsplejerske

☐ Hos skolelæge/skolesundhedsplejerske

☐ Andre, hvilke? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

26. Synes du lægen/sundhedsplejersken brugte tilstrækkelig tid på dit barns problem?
(Sæt ét kryds)

☐ Ja

☐ Nej

☐ Ved ikke

27. Hvad er vigtigt for dig, når du søger læge for dit barns helbredsproblemer?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Lidt betydning					Stor betydning	
	1	2	3	4	5	6	7
At lægen har specialistedannelse i børnesygdomme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At lægen har specialistedannelse i den aktuelle sygdom (f.eks. øjenlæge, hudlæge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At lægen er let at træffe (bor tæt på, har kort ventetid osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At lægen kender dit barn og jeres familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
At lægen kan tale dit barns modersmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Har dit barn været indlagt på sygehus inden for de seneste 12 måneder?

☐ Nej (gå til spørgsmål 30)

☐ Ja antal gange antal dage sammenlagt

29. Hvis dit barn har været på sygehuset inden for de seneste 12 måneder.

Var dit barn ved sidste indlæggelse på:

- ☐ En børneafdeling
☐ En børnestue på voksenafdeling
☐ En voksenafdeling

Fik I ved sidste indlæggelse lov til at overnatte hos jeres barn?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ikke relevant

Måtte I ved sidste indlæggelse besøge jeres barn så tit, I ville?

- ☐ Ja
☐ Nej
☐ Ikke relevant

30. Inden for de seneste 12 måneder: Hvor tilfreds eller utilfreds er du/I med kontakten med sundhedsvæsenet på dit barns vegne?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Meget tilfreds	Temmelig tilfreds	Temmelig utilfreds	Meget utilfreds	Ved ikke/ikke aktuelt
Tilgængelighed til behandling/pleje (geografisk afstand, åbningstid, m.v.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imødekommenhed, venlighed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidsforbrug til dit barns problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (lyttes der til barnets og forældrenes behov?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information (om f.eks. behandling, sygdomme og helbredstilstand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlings-/plejens kvalitet, f.eks. undersøgelser og medicinsk behandling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samråd imellem sundhedspersonale og barn/forældre angående behandlingen/plejen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gennemgående person i behandlingen (samme læge, sygeplejerske, osv.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barnets aktiviteter og udvikling

31. Hvor er dit barn i dagtimerne på hverdage?

(Sæt ét eller flere krydser)

- ☐ Passes udelukkende i hjemmet
- ☐ Passes hos slægtninge, f.eks. bedsteforældre
- ☐ Har plads i dagpleje eller passes hos anden familie
- ☐ Har plads i børnehave/dagplejeinstitution. Hvor mange timer pr. uge? timer pr. uge
- ☐ Har plads i skolefritidsordning/fritidshjem
- ☐ Går i folkeskole
- ☐ Går i gymnasium
- ☐ Er under erhvervsuddannelse
- ☐ Arbejder
- ☐ Arbejdsløs
- ☐ Andet, hvad? _____

Forbeholdt
kodning

32. Hvilke aktiviteter har dit barn?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Aldrig	En eller flere gange:			
		Pr. år	Om måneden	Om ugen	Dagligt
Går i biograf, teater eller til sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læser bøger (udover skolebøger)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besøger eller får besøg af kammerater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller musikinstrument	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrker sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deltager i foreningsvirksomhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lytter til musik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går til koncert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser tv/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller computerspil, playstation og lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfer/blogger på nettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre aktiviteter (giv eksempler nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

33. Uden for skoletid: Hvor mange timer om ugen dyrker dit barn sammenlagt idræt eller motion? (så meget, at han/hun bliver forpustet og/eller sveder)

(Sæt ét kryds)

- ☐ Ingen
- ☐ Ca. ½ time
- ☐ Ca. 1 time
- ☐ Ca. 2-3 timer
- ☐ Ca. 4-6 timer
- ☐ 7 timer eller mere

34. Nedenfor er angivet en liste med egenskaber, som er modsætninger. Sæt et kryds det sted, som du mener bedst passer til dit barn sammenlignet med andre børn i samme alder.

Er det din opfattelse, at han/hun er:
(Sæt ét kryds i hver række)

	1	2	3	4	5	6	7	
Uselvstændig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Selvstændig
Passiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aktiv
Ensom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ikke ensom
Urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rolig
Trist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glad
Utryg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tryg
Umoden for sin alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moden for sin alder

35. Hvor mange gode venner/veninder har dit barn nu?
(Sæt ét kryds)

- ☐ Ingen
☐ En eller to
☐ Tre eller flere

36. Hvordan synes du dit barn trives i sine daglige omgivelser uden for hjemmet (daginstitution/børnehave/skole/på arbejde)? Her må du gerne spørge dit barn direkte!
(Sæt ét kryds)

- ☐ Ikke relevant
☐ Meget godt
☐ Godt
☐ Mindre godt
☐ Ved ikke

37. Hvordan synes du, at dit barn klarer sit skolearbejde?
(Sæt ét kryds)

- ☐ Ikke relevant
☐ Meget godt
☐ Godt
☐ Middel
☐ Under middel
☐ Dårligt
☐ Ved ikke

38. Det sker af og til, at flere børn/unge går sammen om at mobbe/drille en anden (f.eks. slås med ham/hende, gør nar af ham/hende). Har dit barn nogensinde været med til at mobbe andre børn?
(Sæt ét kryds)

- ☐ Ofte
☐ Af og til
☐ Sjældent/aldrig
☐ Ved ikke

39. Har du oplevet at dit barn selv er blevet mobbet?
(Sæt ét kryds)

- ☐ Ja, ofte
☐ Af og til
☐ Sjældent/aldrig
☐ Ved ikke

40. Styrker og svagheder (SDQ-DAN)

- a) Vi vil nu bede dig besvare spørgsmål, som følger det internationalt anvendte spørgeskema SDQ (Strengths & Difficulties Questionnaires, se www.sdqinfo.org) for at gøre en international sammenligning mulig. Sæt venligst kryds ved det alternativ (Passer ikke, Passer delvist eller Passer godt), som du synes passer bedst. Det vil være til stor hjælp, hvis du besvarer alle spørgsmålene, også selv om du er i tvivl eller synes, at spørgsmålene ikke helt giver mening. Spørgsmålene handler om dit barns opførsel inden for de sidste 6 måneder.

(Sæt ét kryds i hver række)

	Passer ikke	Passer delvist	Passer godt
Er hensynsfuld og betænksom overfor andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er rastløs, "overaktiv", har svært ved at holde sig i ro i længere tid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klager ofte over hovedpine, ondt i maven eller kvalme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er god til at dele med andre børn (slik, legetøj, blyanter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har ofte raserianfald eller bliver let hidsig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er lidt af en enspænder, leger mest alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør for det meste, hvad de voksne siger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymrer sig om mange ting, virker ofte bekymret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøver at hjælpe, hvis nogen slår sig, er kede af det eller skidt tilpas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sidder konstant uroligt på stolen, har svært ved at holde arme og ben i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har mindst én god ven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer ofte i slagsmål eller mobber andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er ofte ked af det, trist eller har let til gråd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er generelt vellidt af andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er nem at distrahere, mister let koncentrationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er utryg og klæbende i nye situationer, bliver nemt usikker på sig selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er god mod yngre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Passer ikke	Passer delvist	Passer godt
Lyver eller snyder ofte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliver mobbet eller drillet af andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tilbyder ofte af sig selv at hjælpe andre (forældre, lærere, andre børn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tænker sig om, før han/hun handler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stjæler fra hjemmet, i skolen eller andre steder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer bedre ud af det med voksne end med andre børn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er bange for mange ting, er nem at skræmme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør tingene færdige, er god til at koncentrere sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nej	Ja, mindre vanskeligheder	Ja, tydelige vanskeligheder	Ja, alvorlige vanskeligheder
b) Mener du samlet set at dit barn har vanskeligheder på et eller flere af følgende områder: det følelsesmæssige område, koncentration, adfærd, samspil med andre mennesker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis "Ja", vær venlig at besvare følgende spørgsmål:

	Mindre end 1 måned	1-5 måneder	6-12 måneder	Mere end 1 år
c) Hvor længe har disse vanskeligheder stået på?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
d) Er dit barn ulykkeligt eller ked af disse vanskeligheder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

e) Påvirker disse vanskeligheder dit barns dagligdag

	Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
Derhjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I barnets forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Med hensyn til indlæring i skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I forbindelse med fritidsaktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Er disse vanskeligheder en belastning for dig eller familien som helhed?

Slet ikke	Kun lidt	Ret meget	Virkelig meget
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brug af computer og Internet

41. Har I adgang til internettet derhjemme?

☐ Nej (*gå til spørgsmål 43*)

☐ Ja

42. Har I lavet regler for, hvor ofte/meget barnet må bruge internettet?

☐ Nej

☐ Ja

43. Hvor mange timer om dagen ser dit barn tv, video/DVD?
(*Sæt ét kryds ved hhv. "På hverdage" og "I weekenden"*)

På hverdage

☐ Ingen

☐ Ca. ½ time

☐ Ca. 1 time

☐ Ca. 2-3 timer

☐ Ca. 4-6 timer

☐ 7 timer eller mere

I weekenden

☐ Ingen

☐ Ca. ½ time

☐ Ca. 1 time

☐ Ca. 2-3 timer

☐ Ca. 4-6 timer

☐ 7 timer eller mere



44. Hvor mange timer om dagen spiller dit barn computerspil, playstation eller lign.?
(Sæt ét kryds ved hhv. "På hverdage" og "I weekenden")

På hverdage

- ☐ Ingen
☐ Ca. ½ time
☐ Ca. 1 time
☐ Ca. 2-3 timer
☐ Ca. 4-6 timer
☐ 7 timer eller mere

I weekenden

- ☐ Ingen
☐ Ca. ½ time
☐ Ca. 1 time
☐ Ca. 2-3 timer
☐ Ca. 4-6 timer
☐ 7 timer eller mere

45. Hvor mange timer om dagen bruger dit barn internettet?
(Sæt ét kryds ved hhv. "På hverdage" og "I weekenden")

På hverdage

- ☐ Ingen
☐ Ca. ½ time
☐ Ca. 1 time
☐ Ca. 2-3 timer
☐ Ca. 4-6 timer
☐ 7 timer eller mere

I weekenden

- ☐ Ingen
☐ Ca. ½ time
☐ Ca. 1 time
☐ Ca. 2-3 timer
☐ Ca. 4-6 timer
☐ 7 timer eller mere

46. Af og til diskuteres det, hvordan mediernes indhold påvirker, hvad mennesker mener og tænker. I hvilken udstrækning tror du, at dit barn og andres børn i almindelighed påvirkes af indholdet i følgende medier?
(Sæt ét kryds i hver række)

a) Dit barn:	I meget stor udstrækning	I temmelig stor udstrækning	I hverken stor/lille udstrækning	I temmelig lille udstrækning	I meget lille udstrækning
Tv/video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspil, osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Børn i almindelighed:

	I meget stor udstrækning	I temmelig stor udstrækning	I hverken stor/lille udstrækning	I temmelig lille udstrækning	I meget lille udstrækning
Tv/video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspil, osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Sætter du grænser for dit barns brug af medier, fordi du mener, at de kan påvirke dit barn negativt?

(Sæt ét kryds i hver række)

	I meget stor udstrækning	I temmelig stor udstrækning	I hverken stor/lille udstrækning	I temmelig lille udstrækning	I meget lille udstrækning
Tv/video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computerspil, osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Familiens levevilkår

48. I hvilken type område bor du/I?

(Sæt ét kryds)

- ☐ Storbyområde med mere end 100 000 indbyggere (også forstæder)
- ☐ Byområde med mere end 3000 indbyggere
- ☐ Land- eller byområde med mindre end 3000 indbyggere

49. Er du?

(Sæt ét kryds)

- ☐ Gift
- ☐ Samlevende
- ☐ Eneforsørger

Har du ingen ægtefælle/samlever, skal du i spørgsmål 50-57 kun svare på spørgsmål, der vedrører dig selv.

50. Du og din ægtefælles/samlevers alder?

Den svarende forælder: år

Ægtefælle/samlever: år

51. Er du og din eventuelle ægtefælle/samlever født i Danmark eller i udlandet?
(Sæt ét kryds for hhv. "Den svarende forælder" og "Ægtefælle/samlever")

Den svarende forælder:

- ☐ I Danmark
☐ I et andet nordisk land
☐ I et andet land end et nordisk

Hvilket land? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

Ægtefælle/samlever:

- ☐ I Danmark
☐ I et andet nordisk land
☐ I et andet land end et nordisk

Hvilket land? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

52. Hvilken uddannelse har du og din ægtefælle/samlever? Angiv kun den højeste uddannelse. (Sæt ét kryds for hhv. "Den svarende forælder" og "Ægtefælle/samlever")

Den svarende forælder:

- ☐ Universitet/handelshøjskole (mere end 12 år)
☐ Mindst 3-årigt gymnasium (12 år)
☐ 10. klasse eller højst 2-årigt gymnasium eller tilsvarende (10-11 år)
☐ Folkeskole (9 år eller mindre)
☐ Anden skoleuddannelse, hvilken? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

Ægtefælle/samlever:

- ☐ Universitet/handelshøjskole (mere end 12 år)
☐ Mindst 3-årigt gymnasium (12 år)
☐ 10. klasse eller højst 2-årigt gymnasium eller tilsvarende (10-11 år)
☐ Folkeskole (9 år eller mindre)
☐ Anden skoleuddannelse, hvilken? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

53. Hvad er dit og din ægtefælles/samlevers hovederhverv?
(Ved hovederhverv forstås, at arbejdsindsatsen er sammenhængende og mindst 16 timer pr. uge. Arbejdes der periodisk eller lidt, markeres den primære beskæftigelse, f.eks. studerende). OBS! Det er vigtigt at få oplysninger om både din og din ægtefælles/samlevers beskæftigelse.

(Sæt ét kryds for hhv. "Den svarende forælder" og "Ægtefælle/samlever")

Den svarende forælder:

- ☐ Selvstændig landmand
☐ Selvstændig i øvrigt
☐ Ansat
☐ Studerende
☐ Lærling, elev
☐ Pensionist
☐ Hjemmegående (passer husholdning og familie/børn)
☐ Arbejdsløs. Hvor længe? måned
☐ Langtidssygemeldt
☐ Værnepligtig
☐ På forældreorlov
☐ Andet, hvad? _____

Forbeholdt
kodning

Stillingsbetegnelse?

(Hvis du ikke arbejder nu, angiv da seneste erhvervsarbejde)

Forbeholdt
kodning

Kan du kortfattet anføre arbejdsopgaverne:

Forbeholdt
kodning

Ægtefælle/samlever:

- ☐ Selvstændig landmand
- ☐ Selvstændig i øvrigt
- ☐ Ansat
- ☐ Studerende
- ☐ Lærling, elev
- ☐ Pensionist
- ☐ Hjemmegående (passer husholdning og familie/børn)
- ☐ Arbejdsløs. Hvor længe? måned
- ☐ Langtidssygemeldt
- ☐ Værnepligtig
- ☐ På forældreorlov
- ☐ Andet, hvad? _____

Forbeholdt
kodning

Stillingsbetegnelse?

(Hvis du ikke arbejder nu, angiv da seneste erhvervsarbejde)

Forbeholdt
kodning

Kan du kortfattet anføre arbejdsopgaverne:

Forbeholdt
kodning

54. Hvor mange timers erhvervsarbejde har I pr. uge?

(Medregn også overarbejdstimer, ekstra timer, ekstraarbejde og eventuelt ekstrajob (ikke husholdningsarbejde))

Den svarende forælder: timer pr. uge

Ægtefælle/samlever: timer pr. uge

55. Har du/I inden for de seneste 12 måneder haft en tillidspost i en forening eller organisation?

Den svarende forælder: ☐ Ja ☐ Nej

Ægtefælle/samlever: ☐ Ja ☐ Nej

56. Hvor ofte plejer du og din ægtefælle/samlever at gøre følgende ting med dit barn?

(Sæt ét kryds i hver række)

Den svarende forælder:	Aldrig	En eller flere gange:			
		Om året	Om måneden	Om ugen	Dagligt
Leger, spiller spil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går i biografen, teater eller til sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver lektier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læser bøger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller musik/synger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrker idræt, sport, motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser tv/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller tv-spil/computerspil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfer/blogger på internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går i butikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følger dit barn til aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går til koncert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør noget andet (angiv eksempel nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke? _____

Forbeholdt
kodning

(Sæt ét kryds i hver række)

Ægtefælle/samlever:	Aldrig	En eller flere gange:			
		Om året	Om måneden	Om ugen	Dagligt
Leger, spiller spil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går i biografen, teater eller til sportsarrangementer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laver lektier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Læser bøger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går tur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller musik/synger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyrker idræt, sport, motion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ser på tv/video/DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiller tv-spil/computerspil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surfer/blogger på internettet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går i butikker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følger dit barn til aktiviteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går til koncert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gør noget andet (angiv eksempel nedenfor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilke? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

57. Hvor tit bruger du selv og din ægtefælle/samlever internettet i fritiden?
(Sæt ét kryds for hhv. "Den svarende forælder" og "Ægtefælle/samlever")

Den svarende forælder:

- ☐ Aldrig
☐ En eller flere gange om året
☐ En eller flere gange om måneden
☐ En eller flere gange om ugen
☐ Dagligt

Ægtefælle/samlever:

- ☐ Aldrig
☐ En eller flere gange om året
☐ En eller flere gange om måneden
☐ En eller flere gange om ugen
☐ Dagligt

58. Hvor stor er husstandens månedlige disponible indkomst? Medregn den samlede indkomst efter skat for hele husstanden. Med indkomst menes løn, pension, indkomst fra egen virksomhed/landbrug samt bidrag af forskellige slags (f.eks. børnebidrag, underholdsbidrag, bistandshjælp og socialhjælp).

Familiens disponible indkomst:

--	--	--	--	--	--

kroner pr. måned

59. Hvis familien pludselig skulle havne i en uforudset situation, hvor du/I på en uge må fremskaffe 15 000 kr., ville du/I kunne klare det?

☐ Ja☐ Nej

60. I løbet af de sidste 12 måneder: Har I været ude for, at familien har haft svært ved at klare de faste udgifter (til mad, husleje, regninger)?

☐ Nej☐ Ja

61. a) Hvordan bor I?

☐ I lejlighed☐ I villa, parcel-, eller rækkehus☐ På landejendom☐ Anden bolig, hvilken? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

- b) Ejer eller lejer I jeres bolig?

☐ Ejer boligen/ejendomsret☐ Lejer boligen

62. Hvor stor er den bolig, I bor i?

a)

--	--

 Antal værelser inkl. køkken

b)

--	--	--

 m²

63. Har dit barn sit eget værelse?

(Sæt ét kryds)

☐ Ja☐ Nej, barnet deler værelse med søskende☐ Nej, barnet deler værelse med forældre☐ Nej, barnet deler værelse med en anden person

64. Synes du, at du får den hjælp og aflastning til at passe hjem og barn, som du har behov for?

☐ Ja Hvis ja, hvem giver dig den hjælp?

(Sæt gerne flere krydser)

☐ Ægtefælle/samlever

☐ Tidligere ægtefælle

☐ Barnet/børnene

☐ Slægtninge, f.eks. bedsteforældre

☐ Naboer/venner/bekendte

☐ Samfundet (kommunale tjenester, f.eks. hjemmehjælp, aflastning)

☐ Andet, hvem? _____

--	--

Forbeholdt
kodning

☐ Nej Hvis nej, hvordan kunne du ønske at få hjælp til aflastning/
pasning af hjem og barn?

--	--

Forbeholdt
kodning

65. Hvor meget hjælp får du til hverdagsproblemer omkring dit barns sundhed, helbred, opvækst, m.m.?

(Sæt ét kryds i hver række)

	Ikke særlig megen hjælp	Ganske megen hjælp	Al tænkelig hjælp
Af folk, som via deres profession/arbejde kan hjælpe barnet (læger, sundhedsplejersker, socialrådgivere, personale i børnehave/ vuggestue/dagpleje, lærere, osv.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Af folk, som tilhører din bekendtskabskreds, slægtninge eller kolleger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Har familien været på ferierejse inden for de seneste 12 måneder?

I Danmark ☐ Ja ☐ Nej

Udenlands ☐ Ja ☐ Nej

Forældrenes sundhed og velbefindende

Har du ingen ægtefælle/samlever, skal du i spørgsmål 67 og 68 kun svare på spørgsmål, der vedrører dig selv.

67. Hver eller hver anden uge: Har du eller ægtefælle/samlever jævnligt nogle af følgende symptomer eller gener?

(Sæt ét kryds i hver række)

Den svarende forælder

Hvis ja, angiv i hvilken grad du anser symptomet eller genen for at være

	Nej	Ja		Mild	Middel	Svær
Mavepine/-besvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sygdom eller handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fald, hvilken?

☐ Nej, ingen symptomer eller gener

Forbeholdt
kodning

Ægtefælle/samlever:

Hvis ja, angiv i hvilken grad du anser symptomet eller genen for at være

	Nej	Ja		Mild	Middel	Svær
Mavepine/-besvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimmelhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rygbesvær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appetitløshed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervøsitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langvarig sygdom eller handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I så fald, hvilken?

☐ Nej, ingen symptomer eller gener

Forbeholdt
kodning



68. Har du eller din ægtefælle/samlever været sygemeldt inden for de seneste 12 måneder?

Den svarende forælder:

☐ Ja. Hvor længe?

--	--	--

antal dage totalt

☐ Nej

Ægtefælle/samlever:

☐ Ja. Hvor længe?

--	--	--

antal dage totalt

☐ Nej

69. Hvor tilfreds er du med dit liv, når det angår:

(Sæt ét kryds i hver række)

	Meget Tilfreds	Ganske Tilfreds	Hverken Tilfreds eller Utilfreds	Ganske Utilfreds	Meget Utilfreds
Bolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uddannelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helbred	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiesituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt med venner og bekendte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighed for at påvirke din egen og familiens livssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

70. Synes du selv du kan finde en løsning på problemer og vanskeligheder, som andre synes er håbløse?

(Sæt ét kryds)

☐ Ja, oftest

☐ Ja, af og til

☐ Nej

71. Plejer dit daglige liv at give dig personlig tilfredsstillelse?

(Sæt ét kryds)

☐ Ja, oftest

☐ Ja, af og til

☐ Nej

72. Plejer de ting, som sker dig i din dagligdag, at være svære at forstå?

(Sæt ét kryds)

☐ Nej

☐ Ja, af og til

☐ Ja, oftest

73. Synes du det er svært at få dagligdagen til at hænge sammen?

(Sæt ét kryds)

☐ Nej

☐ Ja, af og til

☐ Ja, for det meste

Dette var sidste spørgsmål. Mange tak fordi du ville deltage i undersøgelsen.

**Hvis du har kommentarer eller vigtige oplysninger, som ikke er dækket af
spørgsmålene, er du meget velkommen til at skrive dem her.**

Forbeholdt
kodning

**Vær venlig at kontrollere, at du ikke har glemt at svare på nogle spørgsmål,
og læg derefter skemaet i svarkuerten og send den venligst snarest.**

