

EGEN HELSE

Hvordan er helsen din nå? Sett bare ett kryss.

- Dårlig 12 1
Ikke helt god 2
God 3
Svært god 4

Har du, eller har du hatt:

- | | JA | NEI | Alder første gang | år |
|---|----|-----|-------------------|----|
| Hjerteinfarkt 13 | | | | |
| Angina pectoris (hjertekrampe) 16 | | | | |
| Hjerneslag/hjerneblødning 19 | | | | |
| Astma 22 | | | | |
| Diabetes (sukkersyke) 25 | | | | |

Braker du medisin mot høyt blodtrykk?

- Nå 28 1
Før, men ikke nå 2
Aldri brukt 3

Hvis ja, hvilket merke bruker du nå?

Ikke skriv her

Har du i løpet av det siste året vært plaget med smerter og/eller stivhet i muskler og ledd som har vart i minst 3 måneder sammenhengende? 33

JA NEI

Har du de siste to ukene følt deg:

- | | Nei | Litt | En god del | Svært mye |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nervøs og urolig? 34 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Plaget av angst? 35 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trygg og rolig? 36 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Irritabel? 37 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glad og optimistisk? 38 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nedfor/deprimert? 39 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ensom? 40 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Får du smerter eller ubehag i brystet når du:

- Går i bakker, trapper eller fort på flat mark? 41

JA NEI

Hvis du får slike smerter, pleier du da å:

- Stoppe? 42 1
Saktne farten? 2
Fortsette i samme takt? 3

Dersom du stopper, forsvinner smertene da etter mindre enn 10 minutter? 43

JA NEI

Kan slike smerter like gjerne opptre mens du er i ro? 44

Mottar du nå noen av følgende ytelser?

- Syketrygd (sykmeldt) 45
Attføringspenger 46
Uførepensjon (hel eller delvis) 47
Arbeidsledighetstrygd 48

ENDRING AV HELSEVANER

Dette gjelder din interesse for å endre helsevaner. Røykespørsmålet besvares bare av dem som røyker.

Har du de siste 12 mnd. forsøkt å: 49

Spise sunnere	Trimme mer	Slutte å røyke
JA NEI	JA NEI	JA NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om 5 år, tror du at du har endret vaner på noen av disse områdene? 52

Spise sunnere	Trimme mer	Slutte å røyke
JA NEI	JA NEI	JA NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anslå din høyeste og laveste vekt i løpet av de siste 5 år. (Se bort fra vekt under svangerskap) 55

Høyeste vekt: kg
Laveste vekt: kg

SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? 61

JA	NEI	VET IKKE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har én eller flere foreldre/søsken hatt:

- Hjerteinfarkt før de fylte 60 år? 62
- Hjerneslag før de fylte 70 år? 63

JA NEI

RØYKING

Hvor lenge er du vanligvis daglig til stede i røykfyllt rom? 64

Antall timer

Sett 0 hvis du ikke oppholder deg i røykfyllt rom.

Røyker du selv?

- Sigaretter daglig? 66
- Sigarett/sigarillos daglig? 67
- Pipe daglig? 68

JA	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du har røykt daglig tidligere, hvor lenge er det siden du sluttet? 69

Antall år

Hvis du røyker daglig nå eller har røykt tidligere:

- Hvor mange sigaretter røyker eller røykte du vanligvis daglig? 71
- Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? 75
- Hvor mange år tilsammen har du røykt daglig? 77

Antall sigaretter

Alder år

Antall år

MOSJON

Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året. Arbeidsvei regnes som fritid.

- | | Ingen | Under 1 | 1-2 | 3 og mer |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Lettkaktivitet (ikke svett/andpusten) 79 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hard fysisk aktivitet (svett/andpusten) 80 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 1 2 3 4

KAFFE/TE/ALKOHOL

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du daglig? Sett 0 hvis du ikke drikker kaffe/te daglig.

- Kokekaffe 81
- Annen kaffe 83
- Te 85

Antall kopper

Antall kopper

Antall kopper

Er du total avholdsmann/-kvinne? 87

JA NEI

Hvor mange ganger i måneden drikker du vanligvis alkohol? Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis mindre enn 1 gang i mnd. 88

Antall ganger

Hvor mange glass øl, vin eller brennevin drikker du vanligvis i løpet av to uker? 90

- | | Øl | Vin | Brennevin |
|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Regn ikke med lettøl. Sett 0 hvis du ikke drikker alkohol. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

FETT

Hva slags margarin eller smør bruker du vanligvis på brødet? Sett ett kryss.

- Braker ikke smør/margarin 96 1
Meierismør 2
Hard margarin 3
Bløt (soft) margarin 4
Smør/margarin blanding 5
Lettmargarin 6

UTDANNING

Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?

- Grunnskole 7-10 år, framhaldsskole, folkehøgskole 97 1
Realskole, middelskole, yrkesskole, 1-2 årig videregående skole 2
Artium, øk.gymnas, allmennfaglig retning i videregående skole 3
Høgskole/universitet, mindre enn 4 år 4
Høgskole/universitet, 4 år eller mer 5

ETTERUNDERSØKELSE

Hvis denne helseundersøkelsen viser at du bør undersøkes nærmere, hvilken allmennpraktiserende lege/kommunelege ønsker du da å bli henvist til? Oppgi legens navn:

Ikke skriv her