

## 10. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året? T

Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.  
Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

	Timer pr. uke			
	Ingen	Under 1	1-2	3 og mer
Lett aktivitet (Ikke svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hard fysisk aktivitet (Svett/andpusten).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

10.2 Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året. (Sett kryss i den ruta som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?.....  1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka?.....  2  
(Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.? .....  3  
(Merk at aktiviteten skal vare minst 4 timer i uka)

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka.....  4

## 11. FAMILIE OG VENNER

11.1 Bor du sammen med noen? T

Hvis JA: T

Ektefelle/samboer.....  JA  NEI

Andre personer, 18 år og eldre ...   Antall

Personer under 18 år .....   Antall

11.2 Hvor mange gode venner har du? T

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp dersom du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

11.3 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? (Sett bare ett kryss)

Stor interesse  1    Noe interesse  2    Litt interesse  3    Ingen interesse  4    Usikkert  5

11.4 Hvor mange foreninger, lag, grupper, kirkesamfunn e.l. deltar du i på fritiden? (Skriv 0 hvis ingen)

Antall

11.5 Føler du at du kan påvirke det som skjer i lokalsamfunnet der du bor? (Sett bare ett kryss)

Ja, i stor grad  1    Ja, en del  2    Ja, i liten grad  3    Nei  4    Har ikke forsøkt  5

## 12. SYKDOM I FAMILIEN

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

JA     NEI     VET IKKE

## 13. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her medisiner kjøpt på apotek. Kosttilskudd og vitaminer regnes ikke med her.

13.1 Bruker du? T

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
Medisin mot høyt blodtrykk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterolsenkende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.2 Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? (Sett ett kryss pr. linje)

	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Smertestillende uten resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smertestillende på resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medisin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot depresjon .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen medisin på resept.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

13.3 For de medisinene som du har krysset av for i pkt. 13.1 og 13.2, og som du har brukt i løpet av de siste 4 ukene:

Angi navnet og hvilken grunn det er til at du tar/har tatt disse (sykdom eller symptom):  
(Kryss av for hvor lenge du har brukt medisinen)

Navn på medisinen: (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen:	Hvor lenge har du brukt medisinen?	
		Inntil 1 år	Ett år eller mer
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom det ikke er nok plass her, kan du fortsette på eget ark som du legger ved.

## 14. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

14.1 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? T

Alder i år

14.2 Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? T

Alder i år

14.3 Er du gravid nå?

Ja  1    Nei  2    Usikker  3    Over fruktbar alder  4 T

14.4 Hvor mange barn har du født? T

Antall barn

14.5 Bruker du, eller har du brukt? (Sett ett kryss for hver linje)

	Nå	Før, men ikke nå	Aldri
P-pille/minipille/p-sprøyte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonspiral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (tablett eller plaster)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Østrogen (krem eller stikkpiller)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.6 Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? T

Antall år

14.7 Hvis du bruker p-pille, minipille, p-sprøyte, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du?

IE 03000-1000-1 - 48.000 - Beyer Hecos 01.01

# Helseundersøkelsen i Oslo

## Personlig innbydelse

Ikke skriv her:

5.3 (Bydel)  (Fylke)  (Land)

9.3 (Virksomhet)  9.4 (Yrke)  14.7 (Merke)

