

SKADER/ULYKKER (fortsettelse)

Hvis ja, hva slags ulykke(r) er du blitt behandlet for?

(sett ett eller flere kryss pr. linje)

	Arbeid	Hjem	Fritid	Ingen
Bil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorsykkkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøscooter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Firehjulssykkkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallulykke.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuttskade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har ulykken(e) ført til nedsatt arbeidsevne? T

Helt Delvis Ikke i det hele tatt

FAMILIE OG SPRÅKBAKGRUNN

I Nord-Norge bor det folk med ulik etnisk bakgrunn. Det vil si at de snakker ulike språk og har forskjellige kulturer.

Eksempler på etnisk bakgrunn, eller etnisk gruppe er norsk, samisk og kvensk.

Hvilket hjemmespråk har/hadde du, dine foreldre og beste-foreldre? (sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
Morfar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mormor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farfar:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Far:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mor:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg selv:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva er din, din fars og din mors etniske bakgrunn?

(sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
Min etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fars etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mors etniske bakgrunn er:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva regner du deg selv som? (sett ett eller flere kryss)

	Norsk	Samisk	Kvensk	Annet, beskriv
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ARBEIDSLIV/ØKONOMI

Hvilken type arbeid/livsopphold har du? (sett ett eller flere kryss)

- Fastlønnnet, heltid Fastlønnnet, deltid
- Sesongarbeid Selvstendig næringsdrivende
- Arbeidsledig Hjemmeværende
- Alderstrygd Uføretrygd
- Annet (beskriv)

ARBEIDSLIV/ØKONOMI (fortsettelse)

Kunne du tenke deg å flytte fra din bostedskommune dersom du fikk tilbud om arbeid et annet sted?

Ja Nei Deler av året Usikker

Dersom du er **arbeidsledig**, angi hvor lenge du har vært arbeidssøker: (angi i hele tall)

(år) (måned)

Dersom du er **selvstendig næringsdrivende**, hvilken type næring jobber du i? (sett ett eller flere kryss)

Reindrift Fiske Jordbruk Skogbruk

Forretningsvirksomhet Annet (spesifiser)

Hvor mange personer bor det i din husstand? ⊥

(antall personer)

Hvor stor er familiens/husstandens bruttoinntekt per år?

Under kr. 150 000 Kr. 150 000–300 000

Kr. 301 000–450 000 Kr. 451 000–600 000

Kr. 601 000–750 000 Over kr. 750 000

Hvor ofte spiller du på ulike pengespill slik som lotto, tipping, spilleautomater og lignende?

Aldri/sjelden 1-3 ganger i mnd.

1 gang i uka 2-6 ganger i uka Hver dag

Hvor mye spiller du for ukentlig i gjennomsnitt?

Under kr. 100 i uka Kr. 100-500 i uka

Kr. 501–1000 i uka Over kr. 1000 i uka

MOBBING

Med mobbing mener vi når en eller flere personer **gjentatte ganger sier eller gjør vonde ting mot deg, og du har vanskeligheter med å forsvare deg.**

Har du vært utsatt for mobbing?

Ja, de siste 12 mnd. Ja, før Nei

Dersom du har vært utsatt for mobbing, hvilken type mobbing er du blitt utsatt for? (sett ett eller flere kryss)

Baksnakking Ignorering

Diskriminerende bemerkninger Annet

Kan du angi hvor dette foregår/foregikk? T

(sett ett eller flere kryss)

På skolen På skoleinternat I yrkeslivet

I lokalsamfunnet Annet

8. RØYKING OG BRUK AV SNUS

Hvor lenge er du vanligvis daglig i et røykfyllt rom? Antall hele timer

Røykte noen av de voksne hjemme da du vokste opp? JA NEI

Bor du, eller har du bodd, sammen med noen dagligrøykere etter at du fylte 20 år? JA NEI

Har du røykt/røyker du daglig? Ja, nå Ja, før Aldri

Hvis du røyker daglig nå, røyker du: JA NEI

Sigaretter?

Sigarer/sigarillos/pipe?

Rulletobakk/rullings?

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

Hvis du røyker daglig nå, eller har røykt tidligere: Hvor mange sigaretter røyker/røykte du vanligvis daglig? Antall sigaretter

Hvor gammel var du da du begynte å røyke daglig? Alder i år

Hvor mange år til sammen har du røykt daglig? Antall år

Har du brukt/bruker du snus daglig? Ja, nå Ja, før Aldri

Hvis du bruker/har brukt snus, hvor mange år til sammen har du brukt snus? Antall år

9. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

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

Timer pr. uke:

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

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
(Regn også 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

10. UTDANNING OG ARBEID

Hvor mange års skolegang har du gjennomført? (Ta med alle år du har gått på skole eller studert) Antall år

Hvordan trives du i din jobb? 1 Svært godt 2 Godt 3 Dårlig 4 Veldig dårlig

Mener du at du står i fare for å miste ditt nåværende arbeid eller inntekt de nærmeste 2 årene? JA NEI

Mottar du noen av følgende ytelser? JA NEI

Sykepenger

Attføring

Sosialhjelp/-stønad

Overgangsstønad for enslige forsørgere

11. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

Er du gravid nå? 1 Ja 2 Nei 3 Usikker 4 Over fruktbar alder

Hvor mange barn har du født? Antall barn

Hvis du har født barn, fyll ut hvert barns fødselsår, og hvor mange måneder du ammet etter fødselen.

(Hvis du ikke ammet, skriv 0)

Barn:	Fødselsår:	Ammet antall mnd.:
1. barn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. barn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
3. barn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
4. barn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
5. barn	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

(Hvis flere barn, bruk ekstra ark)

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

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

Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? Antall år

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

Spesifiser:

Ikke skriv her

Helse- og levekårs- undersøkelsen

Personlig innbydelse

1. EGEN HELSE

Hvordan er helsen din nå? (Sett bare ett kryss)

Dårlig Ikke helt god God Svært god
1 2 3 4

Har du, eller har du hatt?

	JA	NEI	Alder første gang
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Kronisk bronkitt/emfysem/KOLS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes (sukkersyke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fibromyalgi/kronisk smertesyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Psykiske plager som du har søkt hjelp for	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt (sår på hjertet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Angina pectoris (hjertekrampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerneslag/hjerneblødning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Multipel sklerose (MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Ulcerøs kolitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Får du smerter eller ubehag i brystet når du går i bakker, trapper eller fort på flatmark?

JA NEI

Kan slike smerter opptre selv om du er i ro?

2. MUSKEL OG SKJELETTPLAGER

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?

JA NEI

Har du noen gang hatt:

	JA	NEI	Alder siste gang
Brudd i håndledd/underarm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Lårhalsbrudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

3. MAGE OG TARM SYMPTOMER

Har du hatt sure oppstøt, halsbrann eller brystbrann nesten daglig i minst en uke?

JA NEI

Har du noen gang hatt smerter eller verk i magen som har vart i minst 2 uker?

Hvis JA, hvor i magen sitter smertene? (Sett ett kryss)

Øvre del Nedre del Hele magen

Er smertene eller «verken» jevnt over tilstede? (Sett ett kryss)

I perioder av ukers varighet
I perioder av måneders varighet
Bestendig

Er du ofte plaget av oppblåsthet, rumling i magen eller rikelig luftavgang?

JA NEI

3. MAGE OG TARM SYMPTOMER (fortsettelse)

Er avføringen din vanligvis? (Sett ett eller flere kryss)

Normal Løs Hard og perlete
 Vekslede hard og løs Illeluktende

Har du i perioder tre eller flere avføringer daglig?

JA NEI

Har du hatt plager i mage/tarm etter inntak av melk?

Er det andre i familien som har de samme magesymptomene?

Mor Far Søsken Barn Ingen

4. ANDRE PLAGER

Under finner du en liste over ulike problemer. Har du opplevd noe av dette den siste uken (til og med i dag)?

(Sett ett kryss for hver plage)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye	Veldig mye
Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matthet eller svimmelhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett for å klandre deg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av å være unyttig, lite verd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følelse av håpløshet mht. framtida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tenkt på å gjøre slutt på livet ditt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5. SYKDOM I FAMILIEN

Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt eller angina pectoris?

VET

JA NEI IKKE

Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene og angi deres alder for når de fikk sykdommene. (Hvis flere søsken, før opp den som fikk det tidligst i livet)

	Mor	Far	Søster	Bror	Barn	Ingen	Alder første gang
Hjerteinfarkt før 60-års alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt etter 60 års-alder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerneslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Tyktarmskreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Brystkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Eggstokkreft	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvor mange søsken har du? Brødre Søstre

6. BRUK AV MEDISINER

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

Bruker du?

	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"/>
Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabletter mot sukkersyke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	Ikke brukt siste 4 uker	Sjeldnere enn hver uke	Hver uke, men ikke daglig	Daglig
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 medikamenter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisiner 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

For de medisinene du har krysset av for i de to punktene ovenfor 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: (sett ett navn pr. linje)	Grunn til bruk av medisinen:	Hvor lenge?	
		Inntil 1 år	1 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"/>

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

7. MAT OG DRIKKE

Hvor ofte spiser du vanligvis disse matvarene?

(Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden/aldri	1-3 g. pr.mnd	1-3 g. pr. uke	4-6 g. pr. uke	1-2 g. pr. dag	3 g. el. mer pr. dag
Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rå grønnsaker/salat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

7. MAT OG DRIKKE (fortsettelse)

Hva slags fett bruker du oftest? (Sett ett kryss pr. linje)

	Bruker ikke	Meieri-smør	Hard margarin	Myk/lett margarin	Oljer	Annet
På brødet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I matlagingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

Bruker du følgende kosttilskudd:

	Ja, daglig	Iblant	Nei
Tran, trunkapsler?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeoljekapsler (omega 3)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitamin- og/eller mineraltilskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye drikker du vanligvis av følgende? (Sett ett kryss pr. linje)

	Sjelden/aldri	1-6 glass pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 glass pr. dag	4 glass el. mer pr. dag
Helmelk, kefir, yoghurt ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk, cultura, lett yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet melk (sur, søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/Cola med sukker ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brus/Cola uten sukker ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvor mange kopper kaffe og te drikker du daglig?

(Sett 0 for de typene du ikke drikker daglig)

	Antall kopper
Filterkaffe	<input type="text"/>
Kokekaffe/trykkanne	<input type="text"/>
Annen kaffe	<input type="text"/>
Te	<input type="text"/>

Omtrent hvor ofte har du i løpet av det siste året drukket alkohol? (Lettøl og alkoholfritt øl regnes ikke med)

Har aldri drukket alkohol	Har ikke drukket siste år	Noen få ganger siste år	Omtrent 1 gang i måneden
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2-3 ganger pr. måned	Ca. 1 gang i uka	2-3 ganger i uka	4-7 ganger i uka
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Til dem som har drukket siste år:

Når du har drukket, hvor mange glass eller drinker har du vanligvis drukket? Antall

Omtrent hvor mange ganger det siste året har du drukket så mye som minst 5 glass eller drinker i løpet av ett døgn? Antall ganger

Når du drikker, drikker du da vanligvis: (Sett ett eller flere kryss)

Øl Vin Brennevin

BRUK AV HELSETJENESTER

Hvor mange ganger de siste 12 måneder har du selv brukt:
(sett ett kryss for hver linje)

	Ingen	1-3 ganger	4 eller flere
Kommunelege/fastlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legevakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sykehus innleggelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunal hjemmehjelp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysioterapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiropraktor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alternativ behandler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange leger har du selv vært hos de siste 12 måneder?

(angi antall)

Har du fått tildelt navngitt fastlege? Ja Nei

Når du er til undersøkelse, hvilket språk kommuniserer du og legen på? (sett ett eller flere kryss)

Norsk Samisk Bruker tolk Annet språk

Tror du det skjer noen gang at du og legen misforstår hverandre p.g.a. språklige problemer?

Aldri Sjelden Av og til Ofte Usikker

Dersom det er behov for tolk, synes du at legen er flink nok til å be om det?

Ja, alltid Ja, som regel Nei, ikke alltid
 Nei, aldri Jeg liker ikke å bruke tolk

Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med følgende sider ved den kommunale legetjenesten i din bostedskommune?
(sett ett kryss per linje)

	Ingen	1-3 ganger	4 eller flere
Avstand til legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legens tilgjengelighet på telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ventetid på legetime	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tid inne hos legen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mulighetene for å få fortalt om dine plager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legens forståelse av din kulturelle bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legens informasjon om dine helseplager, undersøkelse og behandlingsopplegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BRUK AV HELSETJENESTER (fortsettelse)

	Meget fornøyd	Fornøyd	Misfornøyd	Meget misfornøyd	Vet ikke
Legens språkbeherskelse (samisk eller norsk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totalt sett, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med den kommunale <u>legetjenesten</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor lenge er det siden du var hos lege sist? (angi i hele tall)

(år) (måneder)

Dersom du noen gang har benyttet alternative behandlere, hvilke har du brukt? (sett ett eller flere kryss)

Helbreder (guvllár, leser, blåser, håndspålegger)
 Healer
 Akupunktør
 Soneterapeut, homeopat, kinesiolog osv.

Dersom du har benyttet en alternativ behandler, hvor lenge er det siden sist? (angi i hele tall)

(år) (måneder)

Tenk deg at du i dag skulle få behov for hjelp/bistand fra den kommunale helse- og sosialtjenesten (hjemmesykepleie, hjemmehjelp, sosiale tjenester, fysioterapi o.s.v.)

Vet du hvor du skal henvende deg?

Ja Nei Usikker

Er du trygg på at du får hjelp hvis du trenger det?

Ja Nei Usikker

Dersom du i dag får hjelp fra den kommunale helse- og sosialtjenesten, er du fornøyd med tilbudet?

Ja Nei Usikker

SKADER/ULYKKER

Har du vært utsatt for noen ulykker som medførte behandling hos lege og/eller sykehusinnleggelse?

Lege Ja Nei antall ganger

Sykehus innleggelse Ja Nei antall ganger