



# B TILLEGGSSKJEMA MENN FØDT 1933-52

Vennligst fyll ut dette tilleggsskjemaet så godt du kan og ta det med til undersøkelsen. Ved innleveringen setter vi på en navneetikett.

## EGEN HELSE

Har du de siste 30 årene (siden 1970) vært innlagt i sykehus for følgende hjerte-karsykdom?

- |  | JA                       | NEI                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hjerteinfarkt .....                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Angina pectoris (hjerterkrampe).....       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Høyt blodtrykk .....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerneslag .....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drypp .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjertesvikt .....                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjerteklaffefeil .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operert inn pacemaker .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operert for tette blodårer i hjertet ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Operert for tette blodårer i bena .....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>(ikke åreknuter)</i>                    |                          |                          |
| Annen hjerte-karsykdom .....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis du svarte «JA» på noen av spørsmålene over:

Hvilket sykehus var du innlagt i sist?

Når var du innlagt sist?  (årstallet)

Har du, eller har du hatt:

	JA	NEI	Alder første gang
Hjertesvikt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år

Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen de siste 12 måneder?

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

Har du merket anfall med plutselig endring i pulsen eller hjerterytmen noen gang?

	JA	NEI	Alder første gang
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> år

Får du smerter i tykkleggen når du:

	JA	NEI
Går? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er i ro? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du får leggsmerter, besvar da:

	JA	NEI
Forverres smertene ved raskere tempo eller i bakker? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gir smertene seg når du stopper? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TANNHELSE

Har du trukket tenner noen gang? .....

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

Hvis «JA», var det for:

	JA	NEI	Antall tenner
Betennelse i tannkjøttet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Tannverk i enkelte tenner? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Skade? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Annen årsak? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

Har du betennelse og/eller annen sykdom i munnen nå:

	JA	NEI
Betennelse i tannkjøttet/ periodontitt? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	JA	NEI
Tannverk i enkelte tenner? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Se bort fra ising)*

	JA	NEI
Annen betennelse eller sykdom i munnen utenom tennene og tannkjøttet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BEKYMNINGER OG PROBLEMER

Har du i det siste året følt deg merkbart mer anspent eller irritabel enn før? .....

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

Regner du deg selv for å være en person som presser deg selv og ofte velger et høyt tempo? .....

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

Eller regner du deg selv for en person som gir avkall på slik innsats, for heller å ha ro og fredelige dager? .....

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

Mener du at det er mer enn vanlig press på tidsfrister i din arbeidssituasjon? .....

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

*(Hvis du er pensjonert, skriv hvordan det var sist du var i arbeid)*

## 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 osteoporose (benskjørhet)	<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"/>

## FYSISK AKTIVITET I FRITIDEN

Nedenfor ber vi deg tenke gjennom hvor fysisk aktiv du har vært i ulike faser i livet. Vi har oppgitt 4 nivåer for fritidsaktivitet. Vurder disse i forhold til ditt aktivitetsnivå.

	Aktivitets- nivå
Leste, så på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse? .....	<b>1</b>
Spaserte, syklet eller beveget deg på annen måte minst 4 timer i uka? .....	<b>2</b>
(Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)	
Drev mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende) .....	<b>3</b>
(Merk at virksomheten skulle være minst 4 timer i uka)	
Trente hardt eller drev konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka? .....	<b>4</b>

Sett inn tallverdien for det aktivitetsnivået som karakteriserte deg i hvert av de oppgitte tidsintervallene i rutene nedenfor:

1960-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1985-1989	1990-1994	1995-1999	Nå
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor følger noen påstander om ditt forhold til fysisk aktivitet. For hver påstand, sett kryss i den ruta som best samsvarer med din mening om deg selv.

Her skal du ikke ta med fysisk aktivitet som inngår i arbeidet ditt.

Jeg er sikker på at jeg kan gjennomføre planlagt fysisk aktivitet selv om:

	Ikke sikker i det hele tatt							Kanskje	Veldig sikker						
	1	2	3	4	5	6	7		1	2	3	4	5	6	7
Jeg er trett .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg nedtrykt .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har bekymringer .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er sint på grunn av noe ...	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg stresset .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har venner på besøk .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Andre vil at jeg skal bli med på en annen aktivitet .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Familien min/ partneren min tar mye av tiden min .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ikke finner noen å trene sammen med .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Været er dårlig .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg fremdeles har mye arbeid å gjøre .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Det er et interessant program på TV .....	<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"/>	<input type="checkbox"/>

## SLANKING

Vi er interessert i hvor mange ganger - og hvor mye du har slanket deg siden du var 25 år. (Sett ett kryss for hver linje)

	ANTALL GANGER MED SLANKING			
	Ingen ganger	1 gang	2-3 ganger	4 ganger eller flere
<b>Da du var 25-40 år</b>				
Inntil 5 kg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - 9 kg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 kg eller mer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Etter fylte 40 år</b>				
Inntil 5 kg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 - 9 kg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 kg eller mer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IE 03000-1007-1 SHUS 12.89

## OPPVEKST OG TILHØRIGHET

Hvor lenge har du totalt bodd i Oslo? .....	Antall år
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hvor lenge har du samlet bodd i nåværende bydel/ område i Oslo? .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år?

(Kryss av for ett alternativ og spesifiser)

Samme bydel	<input type="checkbox"/>	1	
Annen bydel/ område i Oslo	<input type="checkbox"/>	2	Hvilken: _____
Annet fylke i Norge	<input type="checkbox"/>	3	Hvilket: _____
Utenfor Norge	<input type="checkbox"/>	4	Land: _____

Har du flyttet i løpet av de siste fem årene?

Nei	Ja, en gang	Ja, flere ganger
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LIVSKVALITET

Hvordan har livet ditt alt i alt vært siden Oslo-undersøkelsen i 1972-73?

Her har vi en stige med 10 trinn. Hvis vi tenker oss at det høyeste trinnet på denne stigen står for det best mulige livet du kunne tenke deg, og det laveste trinnet for det verst mulige livet du kunne tenke deg.

Hvilket trinn ville du si passer best for tiden etter 1972-73?

Sett en ring rundt det tallet som passer best.

Best mulig liv
10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
Verst mulig liv

**Takk for hjelpen!**