



A

TILLEGGSSKJEMA MENN FØDT 1923-32

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 (hjertekrampe)..... | <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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/>

Har du, eller har du hatt?:	JA	NEI	Alder første gang
Høysnue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> år

TANNHELSE

Har du trukket tenner noen gang?	JA	NEI
<i>(Se bort fra melketenner)</i>	<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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Tannverk i enkelte tenner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Skade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Annen årsak?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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

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

Tannverk i enkelte tenner?	JA	NEI
<i>(Se bort fra ising)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annen betennelse eller sykdom i munnen utenom tennene og tannkjøttet?	JA	NEI
	<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
<i>(Hvis du er pensjonert, skriv hvordan det var sist du var i arbeid)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Ja, i stor grad	Ja, en del	I liten grad	Nei
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

MAT

Hva slags fett bruker du oftest?
(Sett ett kryss for hver linje)

	Meieri-smør	Hard margarin	Myk/lett margarin	Oljer	Bruker ikke
På brødet	<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"/>
	1	2	3	4	5

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

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

1940-1949	1950-1959	1960-1969	1970-1974
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1975-1979	1980-1984	1985-1989	1990-1994
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1995-1999	Nå		
<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
Jeg er trett	<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"/>
Jeg har bekymringer	<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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
Været er dårlig	<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"/>
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"/>

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
Da du var 25-50 år				
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"/>
Etter fylte 50 år				
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 03000-1006-1 SHUS 12.99

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.

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

Verst mulig liv

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

Sett en ring rundt det tallet som passer best.

Takk for hjelpen!