

SOSIAL KONTAKT

Vær snill å angi hvor mye de følgende problemene har plaget deg den siste uken. *(Sett ett kryss for hvert problem)*

Ikke i det hele tatt	Ganske lite	Moderat	Ganske mye	Svært mye	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

Jeg unngår aktiviteter der jeg kommer i sentrum for oppmerksomheten:

Ikke i det hele tatt	Ganske lite	Moderat	Ganske mye	Svært mye
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Å bli flau eller virke dum er blant de tingene jeg er mest redd for:

Ikke i det hele tatt	Ganske lite	Moderat	Ganske mye	Svært mye
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

TANKER OG FØLELSER

Nedenfor finner du noen spørsmål om dine tanker og følelser. Hvis du har vært annerledes enn vanlig de siste ukene eller månedene, så tenk tilbake på den tiden da du var ditt vanlige jeg når du svarer.

Synes du at folk flest utnytter deg hvis du lar dem få vite for mye om deg? JA NEI

Føler du deg vanligvis nervøs eller engstelig sammen med andre? JA NEI

Unngår du å bli kjent med folk fordi du er redd for at de ikke vil like deg? JA NEI

Hvis «JA»: Har dette påvirket hvor mange venner du har? JA NEI

Endrer du stadig måten å presentere deg på fordi du ikke vet hvem du virkelig er? JA NEI

Blir du sint eller irritert over at andre ikke anerkjenner dine spesielle talenter og prestasjoner så mye som de burde? JA NEI

INNFLYTELSE OG SELVFØLELSE

Hvor riktige er følgende utsagn for deg?

Jeg føler meg maktesløs mesteparten av tiden Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Å lage bråk fører ikke til noe Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

En kan ikke slåss mot dem som bestemmer i samfunnet Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Når jeg er usikker på noe, holder jeg meg vanligvis til det flertallet mener Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Ekspertene har best grunnlag for å si hva folk skal gjøre og lære Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Mesteparten av uheldige ting i livet mitt skyldes uflaks Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Vanligvis føler jeg meg alene Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Folk har ingen rett til å bli sinte bare fordi de er uenige i noe Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Folk har rett til å ta sine egne beslutninger, selv om de er gale Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Folk skulle prøve å leve slik som de selv ønsker det Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Hvis folk samarbeider kan de påvirke samfunnet Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Folk har mer makt hvis de slutter seg sammen i en gruppe Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Hvis folk samarbeidet der jeg bor, ville det kunne endre ting til det bedre Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

INNFLYTELSE OG SELVFØLELSE (fortsettelse)

Problemer kan svært ofte løses hvis en går inn for det Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Hvis noen motarbeider meg, så kan jeg finne måter og veier for å få det som jeg vil Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Jeg føler meg trygg på at jeg vil kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnene mine Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det Helt galt Nokså galt Nokså riktig Helt riktig

SORG

Har du opplevd sorg, som har eller har hatt betydning for din helse? (Sett bare ett kryss)

Ja, en gang før	Ja, flere ganger før	Ja, har nå	Nei
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Hvis du ikke har hatt sorg med betydning for helsen, hopp til URINLEKKASJE, hvis du er KVINNE. Er du MANN, takk for hjelpen. Du er ferdig.

Hvis du har hatt slik sorg, hvilke helseplager fikk du i så fall av hendelsen? (den siste, hvis du har opplevd flere)

Mest kroppslige	Mest følelsesmessige	Begge omtrent like mye
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Omtrent hvor lenge varte/har helseplagene vart? (den siste, hvis du har opplevd flere)

<input type="checkbox"/> 1 uker eller	<input type="checkbox"/> 2 måneder eller	<input type="checkbox"/> 3 år
---------------------------------------	--	-------------------------------

Hvis du har opplevd slik sorg, var den en følge av? (den siste, hvis du har opplevd flere)

(Sett ett kryss for hver linje)

Dødsfall av:

Ektefelle/samboer	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Barn	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Foreldre	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Annen nær slektning	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Venn	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Andre	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Alvorlig sykdom:

Samlivsbrudd/skilsnisse:

Annet:

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

SORG (fortsettelse)

Har du fått profesjonell hjelp etter hendelsen? (den siste, hvis du har opplevd flere)

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Hvis «JA»: Kryss av for hvem som har gitt denne hjelpen: (Sett ett kryss for hver linje)

Allmennpraktiker JA NEI

Psykiater JA NEI

Psykolog JA NEI

Annen rådgiver JA NEI

Prest JA NEI

Sorggruppe JA NEI

Annet JA NEI

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

RESTEN SKAL BARE BESVARES AV KVINNER:

URINLEKKASJE

Har du urinlekkasje (uansett mengde) minst to ganger pr. måned?

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

Hvis «NEI» - hopp til LUFT-/AVFØRINGSLEKKASJE

Hvis «JA»: JA NEI

Hvor ofte har du urinlekkasje? (Sett bare ett kryss)

Noen få ganger pr. måned	En eller flere ganger pr. uke	Hver dag og/eller natt
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang? (Sett bare ett kryss)

Dråper eller lite	<input type="checkbox"/> 1
Små skvetter eller mer	<input type="checkbox"/> 2

Har du lekkasje av urin i forbindelse med:

Hosting, nysing eller latter? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI
Løft? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Hender det at du lekker urin i forbindelse med plutselig sterk vannlatningstrang?

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

Hvordan opplever du din urinlekkasje?

Ikke noe problem	Lite plaget	En del plaget	Mye plaget	Et stort problem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

OVERGREP OG VOLD

Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det? (Sett evt. flere kryss)

Fremmed person	Familie eller slektning	Samlivs-partner	Andre kjente personer	Har dette skjedd deg det siste året?
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

URINLEKKASJE (fortsettelse)

Har du noen gang søkt hjelp på grunn av lekkasje av urin?

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

Hvis «JA»: JA NEI

Hos hvem har du søkt hjelp?

Fysioterapeut	Primærlege	Spesialist/sykehus	Annet
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Hvilken behandling har du fått?

Bekkenbunns- trening/ knipeøvelser	Medikamenter	Operasjon	Elektrisk stimulering	Annet
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

LUFT-/AVFØRINGSLEKKASJE

Har du kronisk tarmsykdom?

<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> Vet ikke
<input type="checkbox"/> NEI JA, luft	<input type="checkbox"/> JA, avføring

Har du lekkasje av luft/avføring? Hvis «NEI» - hopp til OVERGREP OG VOLD

Hvor ofte har du lekkasje av luft/avføring? (Sett ett kryss for luft og ett for avføring)

Luft	Avføring
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4

Hvordan opplever du din lekkasje av luft/avføring? (Sett ett kryss)

Ikke noe problem	Lite plaget	En del plaget	Mye plaget	Et stort problem
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Har du noen gang søkt hjelp på grunn av din lekkasje av luft/avføring?

Nei	Ja, for luftlekkasje	Ja, for avføringslekkasje
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Hos hvem har du søkt hjelp?

Fysioterapeut	Primærlege	Spesialist/sykehus	Annet
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Har du fått behandling for lekkasje av luft/avføring?

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

Hvis «JA»: JA NEI

Hvilken behandling har du fått?

Bekkenbunns- trening/ knipeøvelser	Medikamenter	Operasjon	Analpropp	Annet
<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI

Etikett

ARBEIDSFORHOLD

Er din stilling på noen måte en overordnet stilling - slik at andre mennesker arbeider under din ledelse eller veiledning? (Hvis du er ufør, arbeidsløs e.l. - skriv hvordan det var i din siste jobb. Gjelder også de neste spørsmålene)

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

Hvor mange sysselsatte er det i den bedriften du arbeider i? (F.eks. sykehuset, bankfilialen, verkstedet, skolen e.l.)

Under 5 personer	5-19 personer	20-50 personer	Over 50 personer
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Om du trenger det, kan du få støtte og hjelp i ditt arbeid fra din nærmeste sjef? Meget sjelden eller aldri Nokså sjelden Av og til Nokså ofte Meget ofte eller alltid

Blir dine arbeidsresultater verdsatt av din nærmeste sjef? 1 2 3 4 5

Når det gjelder din nåværende jobb, vet du hva slags oppgaver du kan få en måned fram i tiden? 1 2 3 4 5

Går det rykter om forandringer på din arbeidsplass? 1 2 3 4 5

Er du trygg på at du vil ha en jobb som er like god som den du har nå om to år? 1 2 3 4 5

Svært lite eller ikke i det hele tatt Nokså lite Noe Nokså meget Svært meget

Hvor høy omtrent var din inntekt siste år? (Samlet brutto årsinntekt, inkludert trygd/pensjon, før skatt og fradrag er trukket)

Ingen inntekt	Under 50.000	50-100.000	100-150.000
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
150-200.000	200-300.000	300-400.000	Mer enn 400.000
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

Hvor lenge har plagene dine vart? (Sett bare ett kryss for hvert spørsmål):

Ingen inntekt	Under 50.000	50-100.000	100-150.000	150-200.000
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
200-300.000	300-400.000	400-500.000	Mer enn 500.000	
<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	

Hvor lenge har plagene dine vart? (Sett bare ett kryss for hvert spørsmål):

Inntil 1 måned	1-3 mndr.	3-12 mndr.	1-3 år	Mer enn 3 år
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hvor fornøyd er du med behandlingstilbudet for plagene dine? (Sett bare ett kryss for hvert spørsmål):

Svært fornøyd	Nokså fornøyd	Både/ og	Nokså misfornøyd	Svært misfornøyd
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Hvor sikker er du på at du tross dine plager fortsatt vil være i stand til å utføre de fleste daglige gjøremål? (Sett bare ett kryss for hvert spørsmål):

Svært sikker	Nokså sikker	Både/ og	Nokså usikker	Svært usikker
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Skriv ikke her!

Helseproblem	Sorg
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
Hjelp	
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	

Helseundersøkelsen i Oslo

SKADER OG SMERTER

Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt skader i muskler og ledd (f.eks. strekk på muskel eller ledd, beinbrudd): *(Sett ett kryss for hver linje)*

På arbeidsplassen?.....	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEI
I hjemmet?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ved mosjon/idrett (f.eks. turgåing, sykling, løping)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I andre situasjoner?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skader i forbindelse med arbeidet kan iblant gi varige helseproblemer.

Har du i løpet av den siste måneden hatt smerte, nedsatt førighet eller nedsatt arbeidsevne på grunn av skader i din nåværende eller i tidligere jobber?.....

	Meget riktig	Nokså riktig	Litt riktig	Ikke riktig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

Litt smerter av og til er normalt og ikke noe å bry seg om

HELSEINFORMASJON

Hvor får du informasjon om helse fra? *(Sett ett kryss ved hver av informasjonskildene)*

VG, Dagbladet eller andre løssalgsaviser.....	<input type="checkbox"/>	Meget viktig kilde	<input type="checkbox"/>	Nokså viktig kilde	<input type="checkbox"/>	Lite viktig kilde	<input type="checkbox"/>	Ikke viktig kilde	<input type="checkbox"/>
Aftenposten, Dagsavisen eller andre abonnementsaviser.....	<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"/>
Lokale aviser	<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"/>
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"/>
Ukeblader/Månedssblader	<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"/>
Faglitteratur	<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"/>
Lege/Fysioterapeut/Sykepleier.....	<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"/>
Terapeuter innen alternativ helse.....	<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"/>
Nære venner og familie.....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mener du at noe av dette påvirker din helse? *(Sett ett kryss for hver linje)*

Dårlig inneklima på arbeidsplassen	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEI
Arbeid ved dataskjermer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stråling fra dataskjermer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeid med mus til datamaskin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trekk og kulde.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Giftstoffer i maten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amalgam i tenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Støv ute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forurensninger i arbeidsmiljøet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forurensninger ute.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Røyking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Egen livsstil forøvrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

STOFFSKIFTE

Har du fått påvist: *(Sett ett kryss for hvert problem)*

Struma	For høyt stoffskifte	For lavt stoffskifte	Kreft i skjoldkirtelen
JA	JA	JA	JA
NEI	NEI	NEI	NEI
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HUDPLAGER

Har du den siste uken hatt? *(Sett ett kryss for hver plage)*

Kløende hud	<input type="checkbox"/>	Nei	Ja, litt plaget	Ja, en del plaget	Ja, mye plaget
Tørt kløende/sårt utslett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skjellende/flassende utslett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kløende utslett på hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kviser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre utslett i ansiktet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plagsom svette.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hårtap.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre hudplager.....	<input type="checkbox"/>	1	2	3	4

Hvis du har svart «JA» på en eller flere plager: Når startet hudplagene? *(Sett bare ett kryss)*

Denne uken	Siste mnd.	1-6 mndr. siden	Mere enn 6 mndr. siden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Har legen noen gang fortalt deg at du har/har hatt? *(Sett ett kryss for hver linje)*

Acne.....	<input type="checkbox"/>	JA	<input type="checkbox"/>	NEI
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndeksem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hudsykdom.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du den siste uken hatt problemer med å være sammen med andre mennesker pga. huden din? *(Sett bare ett kryss)*

Nei	Av og til	Oft	Svært ofte
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Har din arbeidsevne vært redusert den siste uken pga. huden din? *(Sett bare ett kryss)*

Nei	Litt	En del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Har dine fritidsaktiviteter vært redusert den siste uken pga. huden din? *(Sett bare ett kryss)*

Nei	Litt	En del	Mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

PERSONLIGE FORHOLD

Dette er spørsmål om din holdning til livet generelt. *(Sett ett kryss for hver linje)*

Starkt uenig	Uenig	Nøytral	Enig	Sterkt enig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Samme hva som hender er jeg som regel i stand til å takle det.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Jeg unngår mennesker som er interessert i mine personlige forhold

<input type="checkbox"/>	Meget riktig	Nokså riktig	Litt riktig	Ikke riktig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	

Jeg pleier å være på vakt mot slike som er vennligere enn jeg hadde ventet meg.....

<input type="checkbox"/>	Meget riktig	Nokså riktig	Litt riktig	Ikke riktig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	

Jeg driver meg selv hardt og er konkurrerende

<input type="checkbox"/>	Meget ofte	Oft	Av og til	Sjelden	Svært sjelden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

Har du følelsen av at du egentlig ikke bryr deg om det som foregår rundt deg?

KOSTHOLD

Det viktigste i denne delen er at du finner et svar i nærheten av hvordan du pleier å spise, selv om det ikke blir helt nøyaktig.

Hvor mange ganger pr. uke spiser du følgende? *(Sett ett kryss for hver linje) (g. = ganger)*

Sjelden/aldri	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-6 g. pr. uke	Daglig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Hvor mange varme måltider spiser du en vanlig dag?

Ikke hver dag	Ett pr. dag	To pr. dag	Tre eller flere pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

Hvis du tenker på de rettene du vanligvis spiser til middag, hvordan vil du karakterisere dem? *(Sett ett kryss der det passer best)*

Tradisjonelle norske retter	<input type="checkbox"/>	1
Både norske retter og vanlige utenlandske retter (pizza, spaghetti, taco, enkel kinamat).....	<input type="checkbox"/>	2
Jeg eksperimenterer mye med nye retter	<input type="checkbox"/>	3
Mest utenlandske retter (fra ett land) med innslag av norske retter	<input type="checkbox"/>	4
Utenlandske retter (fra ett land).....	<input type="checkbox"/>	5

Hvor mye brød pleier du å spise en vanlig hverdag? *(Legg sammen alle måltider. Sett 0 på det du ikke spiser daglig) (1 skive = 1/2 rundstykke/ciabatta)*

Hvitt brød / loff (inkl. horn, fine rundstykker, pita, ciabatta o.l.).....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Grovt eller mellomgrovt brød (inkl. grove rundstykker)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Knekkebrød.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Antall

Bruker du smør, margarin eller olje på brødet? *(Sett ett kryss)*

Daglig	Av og til	Omtrent aldri
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

Hvis "DAGLIG" eller "AV OG TIL":

Hvor mange skiver rekker en liten porsjonspakning med smør/margarin vanligvis til? *(Porsjonspakning på 10-12 gram fra kafé, fly o.l.)*

Den rekker til omtrent	<input type="checkbox"/>	skiver
------------------------	--------------------------	--------

Hvor ofte pleier du å spise disse matvarene? *(Sett ett kryss pr. linje) (g. = ganger)*

Sjelden/aldri	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke	Flere g. pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Servelet, salami, spekemat.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Magert kjøttpållegg (rull, skinke, kalkun, lettservelet).....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Leverpostei.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Kremost, fransk ost, dessertost, feta ost.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Lett / mager ost (gul/brun)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Vanlig ost (gul/brun)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Syltetøy.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Majones-salater (rekesalat, italiensk salat m.m.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Majones på brød/pållegg.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Fiskepållegg (makrell, sardiner, silid, kaviar)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Egg (kokt, stekt, røre).....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

KOSTHOLD (fortsettelse)

Hvor ofte pleier du å spise mat som er kjøpt på disse stedene? *(Tatt med eller spist på stedet) (Sett ett kryss for hver linje) (g. = ganger)*

Sjelden/aldri	1-3 g. pr. mnd.	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Kantine/kafeteria/lunsjbar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Restaurant.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Kiosk/gatekjøkken

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Kafé/kaffebar.....

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Hvor ofte pleier du å spise følgende? *(Sett ett kryss for hver linje) (g. = ganger)*

Sjelden/aldri	1-3 g. pr. mnd.	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Grill-kylling

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> </
--------------------------	-----------------------------