

## KOSTHOLD (fortsettelse)

**Hvor ofte pleier du å spise disse grønnsakene?**  
(Kokt eller rå, i retter eller som tilbehør)  
(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
Frosne grønnsaksblandinger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gulrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blomkål, hodekål, rosekål ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brokkoli.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Squash eller aubergine .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønne bønner .....	<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 disse sausene / dressingene?**  
(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
Hvit eller brun saus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauser basert på fløte, rømme eller crème fraîche.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bearnaise, hollandaise .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smeltet smør/margarin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Olje-eddik dressing.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rømmedressing .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thousand Island o.l. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketchup.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**Hvor mange av de varme måltidene dine er vegetariske i løpet av en vanlig uke?** (dvs. ikke kjøtt, kylling eller fisk) (Sett bare ett kryss)

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

**Hvor mye kjøtt, kylling eller fisk pleier det vanligvis være på tallerkenen din i forhold til det andre du spiser til middag?** (poteter, ris, grønnsaker, saus, brød osv.) (Sett bare ett kryss)

Over 1/3 kjøtt, fisk eller kylling	Omtrent 1/3 kjøtt, fisk eller kylling	Under 1/3 kjøtt, fisk eller kylling	Lite eller ingenting kjøtt, fisk eller kylling
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

**Hvor mye brus og saft drikker du vanligvis?**  
(Sett ett kryss for hver linje)  
(1/2 liter= 3 glass)

Sjelden/aldri	1-6 glass pr. uke	1 glass pr. dag	2-3 glass pr. dag	4 glass el. mer pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

## KOSTHOLD (fortsettelse)

**Når på dagen spiste du i går?** (fra kl. 6 om morgenen til kl. 5 natt til i dag) Sett kryss i første rute hvis du ikke spiste et av alternativene.  
(Sett minst ett eller flere kryss pr. linje)

	Spiste ikke dette	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	01	02	03	04	05
Brødmåltid (f.eks. brødskiver, frokostblanding, grøt).....	<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"/>	<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"/>
Let måltid (f.eks. salat, suppe, omelett, en pizzabitt) .....	<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"/>	<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"/>
Større måltid (f.eks. middag, hamburger m/chips og salat).....	<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"/>	<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"/>
Søt snacks (f.eks. kake, kjeks, sjokolade, smågodt) .....	<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"/>	<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"/>
Salt snacks (f.eks. chips, nøtter)	<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"/>	<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"/>
Frukt eller grønnsaksbiter .....	<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"/>	<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"/>

**Hvilken ukedag var det i går?**

Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag	Fredag	Lørdag	Søndag
<input type="checkbox"/>	<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

## KOSTHOLD (fortsettelse)

**Bruker du vanligvis sukker eller suketter i te/kaffe?** JA  NEI

Hvis «JA»: **Angi hvor mye du bruker totalt en vanlig dag.** (Sett 0 på det du ikke bruker)

Antall sukkerbiter pr. dag	Antall teskjeer løst sukker pr. dag	Antall suketter pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

**Hvor ofte pleier du å spise disse matvarene?**  
(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
Wienerbrød, wienerstang .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boller, søt gjærbrøst .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaker, søt kjeks .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vafler, doughnut, smultring ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjokolade, smågodt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tørket frukt (fiken, dadler)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salt snacks/ chips, lett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salt snacks/ chips, vanlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peanøtter, andre nøtter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iskrem .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dessurter .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yoghurt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kornblanding, cornflakes, havregrøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oliven .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vårruller, samosa, kofta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hvor ofte bruker du/husholdningen din disse varene i matlaging?**  
(Til steking, baking, i sauser eller i retter) (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
Hard margarin .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Myk (soft) margarin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smør/smørblandinger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oljer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ghee (klaret smør).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kokosfett .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**Er du fornøyd med vekten din?**  JA  NEI

Hvis «NEI»:

**Hvilken vekt ville du vært fornøyd med (trivselsvekt)?**    hele kg

**Har du forsøkt å slanke deg det siste året?**  JA  NEI

## HUNDEHOLD

JA  NEI  Antall

**Er det hund i husstanden?**

Hvis «JA»: **Hvilken rase?** (Skriv med store bokstaver)

<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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Hvis du ikke har hund, ville du gjerne hatt hvis du kunne?**

Nei	Ja, men kan ikke	Ja, men ikke lov i bolig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

**Er det andre kjæledyr i husstanden?**

Nei	Ja, katt	Ja, andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis du ikke har hund, hopp til URINLEKKASJE hvis du er KVINNE.  
Er du MANN, takk for hjelpen. Du er ferdig.

**Hvor mange år har du hatt hund?**

Mindre enn 1 år	1-2 år	2-4 år	Mer enn 4 år
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

**Hvem har det daglige hovedansvaret for hunden?**

Jeg selv	Barn	Partner	Andre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

**Hvor mye er ditt daglige samvær med hunden, medregnet helger?**

Mindre enn 1/2-time	1/2-1 time	1-2 timer	Mer enn 2 timer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

På tur/lufting .....

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

Aktivt (trening/lek) .....

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

Passivt samvær.....

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

**Vi har satt opp noen påstander:** (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt uenig	Delvis uenig	Usikker	Delvis enig	Helt enig
Hunden letter kontakten med andre mennesker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden har positiv innflytelse på mitt psykiske velvære .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden gjør meg tryggere.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hunden gjør meg mer fysisk aktiv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er fornøyd med hundens gemytt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## RESTEN SKAL BARE BESVARES AV KVINNER: URINLEKKASJE

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

Hvis «NEI» - hopp til LUFT-AVFØRINGSLEKKASJE  
Hvis «JA»:

**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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

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

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

## OVERGREP OG VOLD

**Har du opplevd at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kve, fornære eller ydmyke deg?**.....

**Har du opplevd at noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær?**.....

**Er du blitt utsatt for fysiske overgrep/mishandling?**.....

**Er du blitt presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep)?**.....

**Er du blitt utsatt for voldtekt eller voldtektforsøk?**.....

Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (18 år eller over)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

## URINLEKKASJE (fortsettelse)

**Har du lekkasje av urin i forbindelse med:**

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

**Hvordan opplever du din urinlekkasje?** (Sett bare ett kryss)

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

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

Hvis «JA»: **Hos hvem har du søkt hjelp?**

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

**Har du fått behandling for urinlekkasje?**.....

Hvis «JA»: **Hvilken behandling har du fått?**

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

## LUFT-AVFØRINGSLEKKASJE

**Har du kronisk tarmsykdom?**.....  JA  NEI  Vet ikke

**Har du lekkasje av luft/avføring?**.....  JA  NEI  JA, luft  JA, 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)

Noen få ganger pr. år	Noen få ganger pr. måned	En eller flere ganger pr. uke	Hver dag og/eller natt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

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

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

**Hos hvem har du søkt hjelp?**

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

**Har du fått behandling for lekkasje av luft/avføring?**

Hvis «JA»: **Hvilken behandling har du fått?**

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

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

Fremmed person	Familie eller slektning	Samlivs-partner
----------------	-------------------------	-----------------



## MUSKEL-SKJELETT PLAGER (fortsettelse)

**Hvor sikker er du på at du tross dine plager fortsatt vil være i stand til å utføre de fleste daglige gjøremål?**

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

## 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"/>
Skjellende/flassende utslett	<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"/>
Kviser	<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"/>
Vorter	<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"/>
Hårtap	<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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

Acne	<input type="checkbox"/>	JA	NEI
Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atopisk eksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndeksem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudkreft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen hudsykdom	<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	Oftre	Svært ofte
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

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

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

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

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

## MAGEPLAGER

**Har du i perioder hatt:**

Smerter øverst i magen som har vart i minst 2 uker?	<input type="checkbox"/>	JA	NEI
Sure oppstøt og halsbrann som har vart i minst 1 uke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du hatt slike plager de siste 4 ukene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor gammel var du første gang du hadde slike plager?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MAGEPLAGER (fortsettelse)

Har du blitt undersøkt for magesår med røntgen eller gastroskopi? (kikkertundersøkelse av magen)	<input type="checkbox"/>	JA	NEI	Årstell (hvis flere ganger, oppgi siste gang)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du fått påvist magesår?

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

Er du operert for magesår?

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

Har du fått påvist bakterien som kan forårsake magesår? (Helicobacter pylori)

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

Har du fått behandling (medisiner) mot denne bakterien?

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

Bruker du medisiner mot sure oppstøt, halsbrann eller magesår?

<input type="checkbox"/>	Nå	Før, men ikke nå	Aldri brukt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt en eller flere av medisinene som er angitt nedenfor? (Sett ett kryss for hver linje)

Balancid, Link, Titracac, Novaluzid, Gaviscon	Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Cimal, Cimetidin, Famotal, Gastrobitan, Noktone, Pepcid, Pepcidin, Pylorid, Ranacid, Ranatidin, Tagamet, Zantac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Losec, Lanzo, Somac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antepsin, De-Nol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisin mot magesårbakterien	1	2	3	4

Synes du medisinen hjelper mot plagene?

## STOFFSKIFTE

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

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

## SOSIAL KONTAKT

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

**Frykt for å bli forlegen får meg til å unngå å gjøre ting eller snakke til folk:**

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?

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

Føler du deg vanligvis nervøs eller engstelig sammen med andre?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## INNFLYTTELSE OG SELVFØLELSE

Hvor riktige er følgende utsagn for deg?

Jeg føler meg maktesløs mesteparten av tiden	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Å lage bråk fører ikke til noe

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

En kan ikke slåss mot dem som bestemmer i samfunnet

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

Når jeg er usikker på noe, holder jeg meg vanligvis til det flertallet mener

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

Ekspertene har best grunnlag for å si hva folk skal gjøre og lære

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

Mesteparten av uheldige ting i livet mitt skyldes uflaks

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

Vanligvis føler jeg meg alene

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

Folk har ingen rett til å bli sinte bare fordi de er uenige i noe

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

Folk har rett til å ta sine egne beslutninger, selv om de er gale

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

Folk skulle prøve å leve slik som de selv ønsker det

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

Hvis folk samarbeider kan de påvirke samfunnet

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

Folk har mer makt hvis de slutter seg sammen i en gruppe

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

Hvis folk samarbeidet der jeg bor, ville det kunne endre ting til det bedre

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

Problemer kan svært ofte løses hvis en går inn for det

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

Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok

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

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

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

Det er lett for meg å holde fast på planene mine og nå målene mine

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

Jeg føler meg trygg på at jeg vil kunne takle uventede hendelser på en effektiv måte

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

Takket være ressursene mine så vet jeg hvordan jeg skal takle uventede situasjoner

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

Jeg kan løse de fleste problemer hvis jeg går tilstrekkelig inn for det

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

Jeg beholder roen når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på mestringsevnene mine

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

1 2 3 4

## INNFLYTTELSE OG SELVFØLELSE (fortsettelse)

Når jeg møter et problem, så finner jeg vanligvis flere løsninger på det

<input type="checkbox"/>	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis jeg er i knipe, så finner jeg vanligvis en vei ut

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

Samme hva som hender så er jeg vanligvis i stand til å takle det

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

## 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 KOSTHOLD på neste side.

**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"/> uker eller	<input type="checkbox"/> måneder eller	<input type="checkbox"/> 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:	JA	NEI
Ektefelle/samboer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen nær slektning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Alvorlig sykdom:**

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

**Samlivsbrudd/skilsmiss:**

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

**Annet:**

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

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

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

Hvis «JA»; Kryss av for hvem som har gitt denne hjelpen: (Sett ett kryss for hver linje)

Allmennpraktiker	<input type="checkbox"/>	JA	NEI
Psykiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykolog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen rådgiver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorggruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

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

**Fikk du medisiner på resept som en del av behandlingen?**

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

(siste gang, hvis du har opplevd flere sorger)



## 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.