

## KOSTHOLD (fortsettelse)

**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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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	
Brus med sukker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brus, kunstig søtet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saft med sukker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saft, kunstig søtet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	1	2	3	4	5

**Braker du vanligvis sukker eller sukker i te/kaffe?**

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 sukkerter pr. dag
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T

## 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)

	Klokkeslett (fra morgen til kveld og til natt)																								
	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"/>
Lett måltid (f.eks. salat, suppe, omelett, en pizzabit)	<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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8

## KOSTHOLD (fortsettelse)

**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 gjærbakst .....	<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"/>
Dessertes .....	<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"/>
	1	2	3	4	5

**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?**

Hvis «NEI»: Hvilken vekt ville du vært fornøyd med (trivselsvekt)?

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

 hele kg

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

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

## RESTEN SKAL BARE BESVARES AV KVINNER:

### URINLEKKASJE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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"/> 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 lekkasje av urin?**

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

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

**Har du fått behandling for urinlekkasje?**

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

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"/>

## OVERGREP OG VOLD

	Nei, aldri	Ja, som barn (under 18 år)	Ja, som voksen (18 år eller over)	Hvem eller hvilke personer var det som utsatte deg for det? (Sett evt. flere kryss)				Har dette skjedd deg det siste året?	
				Fremmed person	Familie eller slektning	Samlivs-partner	Andre kjente personer	JA	NEI
Har du opplevd at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornedre eller ydmyke deg? ..	<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"/>
Har du opplevd at noen har truet med å skade deg eller noen som står deg nær? .....	<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"/>
Er du blitt utsatt for fysiske overgrep/mishandling? .....	<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"/>
Er du blitt presset til seksuell omgang (seksuelle overgrep)?.....	<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"/>
Er du blitt utsatt for voldtekt eller voldtektsforsøk? .....	<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"/>
	1	2	3	1	2	3	4	1	2

Takk for hjelpen!

### LUFT-/AVFØRINGSLEKKASJE

**Har du kronisk tarmsykdom?**

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

Hvis «NEI» - hopp til OVERGREP OG VOLD

Hvis «JA»:

**Har du lekkasje av luft/avføring?**

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

Hvis «JA»:

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

Noen få ganger pr. år .....	Luft	Avføring
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Noen få ganger pr. måned .....

<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
----------------------------	----------------------------

En eller flere ganger pr. uke .....

<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
----------------------------	----------------------------

Hver dag og/eller natt.....

<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?**

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

Hos hvem har du søkt hjelp?

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

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

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

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"/>

Etikett
---------

## ARBEID OG INNTEKT

**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 neste spørsmål)

**Hvor mange sysselsatte er det i den bedriften du arbeider i?** (Feks. 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

**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 mye tjente dere til sammen i hele husstanden 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	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	

## MUSKEL-SKJELETT PLAGER

**Har du vært plaget av smerter og/eller stivhet i nakke/skuldre, øvre del av ryggen eller korsryggen, i løpet av de siste 4 ukene?**

Hvis «JA», vær vennlig å svare på de tre spørsmålene nedenfor (Sett bare ett kryss for hvert spørsmål):

Hvor lenge har plagene dine vart?	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?**

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?**

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!	
Sorg	Hjelp
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# Helseundersøkelsen i Oslo

Dato for utfylling:

Dag	Måned	År
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HUDPLAGER

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

	Nei	Ja, litt plaget	Ja, en del plaget	Ja, mye plaget
Kløende hud .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Hvis du har svart «JA» på en eller flere plager:

## STOFFSKIFTE

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

Struma	For høyt stoffskifte	For lavt stoffskifte	Kreft i skjoldkjerte-
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"/>

## MAGEPLAGER

Har du i perioder hatt:

Smarter øverst i magen som har vart i minst 2 uker?  JA  NEI

Sure oppstøt og halsbrann som har vart i minst 1 uke?  JA  NEI

Har du hatt slike plager de siste 4 ukene?  JA  NEI

Hvor gammel var du første gang du hadde slike plager?  år

Har du blitt undersøkt for magesår med røntgen eller gastroskopi?  JA  NEI

*(kikkertundersøkelse av magen)*

Årstall (hvis flere ganger, oppgi siste gang)

Har du fått påvist magesår?  JA  NEI

Er du operert for magesår?  JA  NEI

Har du fått påvist bakterien som kan forårsake magesår?  JA  NEI

*(Helicobacter pylori)*

Har du fått behandling (medisiner) mot denne bakterien?  JA  NEI

Bruker du medisiner mot sure oppstøt, halsbrann eller magesår?  Nå  Før, men ikke nå  Aldri brukt

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)*

Daglig	Hver uke, men ikke daglig	Sjeldnere enn hver uke	Ikke brukt siste 4 uker
Balanced, Link, Titrilac, Novaluzid, Gaviskon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Synes du medisinen hjelper mot plagene?  JA  NEI

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

Å lage bråk fører ikke til noe

En kan ikke slåss mot dem som bestemmer i samfunnet

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

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

Mesteparten av uheldige ting i livet mitt skyldes uflaks

Vanligvis føler jeg meg alene

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

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

Folk skulle prøve å leve slik som de selv ønsker det

Hvis folk samarbeider kan de påvirke samfunnet

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

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

Problemer kan svært ofte løses hvis en går inn for det

## INNFLYTELSE OG SELVFØLELSE (fortsettelse)

Hvor riktige er følgende utsagn for deg?

Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	Helt galt	Nokså galt	Nokså riktig	Helt riktig
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 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

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="text"/> uker eller	<input type="text"/> måneder eller	<input type="text"/> år
---------------------------------	------------------------------------	-------------------------

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

**Dødsfall av:**

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

**Alvorlig sykdom:**  JA  NEI

**Samlivsbrudd/skilsmisse:**  JA  NEI

**Annet:**  JA  NEI

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

## SORG (fortsettelse)

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

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

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

Hvis «JA» på «ANNET», spesifiser:

**Fikk du medisiner på resept som en del av behandlingen?** *(siste gang, hvis du har opplevd flere sorger)*

JA  NEI

## 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)*

Sjelden/aldri	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-6 g. pr. uke	Daglig
---------------	----------------	----------------	----------------	--------

Frokost (måltid før kl. 10.00)  1  2  3  4  5

Formiddagsmat/lunsj  1  2  3  4  5

Middag (varmt hovedmåltid)  1  2  3  4  5

Kveldsmat/aftens  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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 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  1

Både norske retter og vanlige utenlandske retter (pizza, spaghetti, taco, enkel kinamat)  2

Jeg eksperimenterer mye med nye retter  3

Mest utenlandske retter (fra ett land) med innslag av norske retter  4

Utenlandske retter (fra ett land)  5

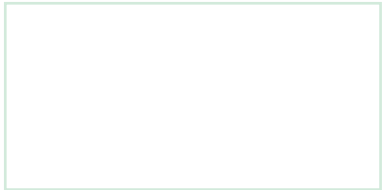
**Hvor mye brød pleier du å spise en vanlig hverdag?** *(Legg sammen alle måltider. Sett 0 på det du ikke spiser daglig)*

*(1 skive = 1/2 rundstykke/ciabatta)*

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

Grovt eller mellomgrovt brød (inkl. grove rundstykker)  Antall skiver

Knekkebrød  Antall



## KOSTHOLD (fortsettelse)

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

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

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

Sjelden/aldri	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke	Flere g. pr. dag
---------------	----------------	----------------	----------------	------------------

Servelat, salami, spekemat  1  2  3  4  5

Magert kjøttpølegg (rull, skinke, kalkun, lettservelat)  1  2  3  4  5

Leverpostei  1  2  3  4  5

Kremost, fransk ost, dessertost, feta ost  1  2  3  4  5

Lett / mager ost (gul/brun)  1  2  3  4  5

Vanlig ost (gul/brun)  1  2  3  4  5

Syltetøy  1  2  3  4  5

Majones-salater (rekesalat, italiensk salat m.m.)  1  2  3  4  5

Majones på brød/pålegg  1  2  3  4  5

Fiskepølegg (makrell, sardiner, sild, kaviar)  1  2  3  4  5

Egg (kokt, stekt, røre)  1  2  3  4  5

**Hvor ofte pleier du å spise mat som er kjøpt på disse stedene?** *(Tatt med eller spist på stedet)*

Sjelden/aldri	1-3 g. pr. mnd.	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------

Kantine/kafeteria/lunsjbar  1  2  3  4  5

Restaurant  1  2  3  4  5

Kiosk/gatekjøkken  1  2  3  4  5

Kafé/kaffebar  1  2  3  4  5

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

Sjelden/aldri	1-3 g. pr. mnd.	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------

Grill-kylling  1  2  3  4  5

Andre retter med kylling, høne eller kalkun  1  2  3  4  5

Pølser, hamburger, cheeseburger  1  2  3  4  5

Pizza  1  2  3  4  5

Andre retter med kjøtt  1  2  3  4  5

## KOSTHOLD (fortsettelse)

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

Sjelden/aldri	1-3 g. pr. mnd.	1-2 g. pr. uke	3-4 g. pr. uke	5-7 g. pr. uke
---------------	-----------------	----------------	----------------	----------------

Fiskepinner, panert fisk  1  2  3  4  5

Andre retter med fisk  1  2  3  4  5

Reker og andre skalldyr  1  2  3  4  5

Retter med linser og bønner  1  2  3  4  5

Kokte poteter  1  2  3  4  5

Pommes frites  1  2  3  4  5

Potetsalat, potetstappe  1  2  3  4  5

Andre potetretter  1  2  3  4  5

Spaghetti, makaroni, pasta  1  2  3  4  5

Ris  1  2  3  4  5