

Etikett

U/T

Helseundersøkelsen i Oslo

T

Dato for utfylling:

Dag

Måned

År

HER KOMMER FLERE SPØRSMÅL!!!

Du synes kanskje vi allerede har spurt deg om det meste - men enda er det mer vi gjerne vil vite. Dette skjemaet har blant annet spørsmål om de sterke og svake sidene dine, om skolesituasjonen, om kultur og kontakt og om idrett og aktivitet.

Vi håper du tar deg tid til å tenke gjennom det vi spør om og at du svarer det **du** mener er riktig for **deg**.

Lykke til!

T

U/T1. DINE STERKE OG SVAKE SIDER

1.1 Svar på grunnlag av slik du har hatt det de siste 6 månedene. (Sett ett kryss for hver linje)

	Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt		Stemmer ikke	Stemmer delvis	Stemmer helt
Jeg prøver å være hyggelig mot andre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg er ofte lei meg, nedfor eller på gråten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bryr meg om hva de føler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg blir som regel likt av andre på min alder...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er rastløs. Jeg kan ikke være lenge i ro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg blir lett forstyrret. Jeg synes det er vanskelig å konsentrere meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg får ofte hodepine, vondt i magen eller kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg blir nervøs i nye situasjoner. Jeg blir lett usikker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg deler gjerne med andre (mat, spill, blyanter osv.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg er snill mot de som er yngre enn meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg blir veldig sint og har et hissig temperament.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg blir ofte beskyldt for å lyve eller jukse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er vanligvis for meg selv. Jeg gjør som regel ting alene.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andre barn eller unge erter eller plager meg...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg gjør vanligvis det jeg får beskjed om.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg tilbyr meg ofte å hjelpe andre (foreldre, lærere, andre barn/unge).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg bekymrer meg mye.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg tenker meg om før jeg handler (gjør noe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er hjelpsom hvis noen er såret, oppskaket eller føler seg dårlig.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg tar ting som ikke er mine, hjemme, på skolen eller andre steder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stadig urolig, det kribler i kroppen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg kommer bedre overens med voksne enn de på min egen alder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har en eller flere gode venner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg er redd for mye. Jeg blir lett skremt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg slåss mye. Jeg kan presse andre til å gjøre det jeg vil.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jeg fullfører oppgaver. Jeg er god til å holde på oppmerksomheten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3		1	2	3

U/T2. BEKYMRINGER OG PROBLEMER

2.1 Har du i løpet av de siste 12 månedene hatt noen av disse problemene? (Sett ett kryss for hver linje)

	Nei, aldri	Ja, av og til	Flere ganger	Svært ofte
Krangler, eller konflikter med foreldrene dine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bekymringer i forhold til seksualitet....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiske problemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemer i forhold til venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiske problemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusproblemer hos foreldre/foresatte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre problemer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T3. SKOLESITUASJONEN DIN

3.1 Hvordan har du det på skolen? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg trives i klassen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har mye til felles med andre i klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg knyttet til klassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klassen legger vekt på mine meninger...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne legger vekt på meningene mine.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne mine setter pris på meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med fagene når jeg trenger det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lærerne hjelper meg med personlige problemer hvis jeg trenger det.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

3.2 Hvor lett er det for deg å få nye venner på skolen? (Sett ett kryss for hver linje)

	Alltid lett	Som regel lett	Som regel vanskelig	Alltid vanskelig
Blant ungdom med norsk bakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blant ungdom med innvandrerbakgrunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T4. FORHOLDET TIL FAMILIEN DIN

4.1 Hvor viktig er det for deg: (Sett ett kryss for hver linje)

	Meget viktig	Ganske viktig	Litt viktig	Ikke viktig i det hele tatt
Å tilfredsstillere behovene til familien din, selv om dine egne behov er forskjellige fra deres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å unngå krangling med andre medlemmer av familien.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å sette familiens behov foran dine egne.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å dele tingene (eiendelene) dine med andre i familien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å dele pengene dine med familien din.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å leve opp til forventningene fra familien din	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T5. KULTUR OG KONTAKT

5.1 Hvordan er det å ha kontakt med folk fra forskjellige kulturer? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg liker meg like godt blant nordmenn som blant folk fra andre land og kulturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg foretrekker å være sammen med folk fra det landet jeg kommer fra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at folk fra andre land og kulturer burde tilpasse seg norske kulturtradisjoner og ikke holde på sine egne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har like godt forhold til nordmenn som til folk fra andre land og kulturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siden jeg bor i Norge, er det best jeg lever helt som nordmenn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes at folk fra andre land og kulturer skal leve som de gjør i hjemlandet sitt, selv om de bor i Norge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å velge om jeg skal leve som nordmenn, eller som folk fra andre land og kulturer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Det er ofte vanskelig for ungdom med norsk og innvandrer bakgrunn å være sammen på fritida, fordi vi har ulike regler vi må følge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreldrene mine har godt kjennskap til hva ungdommene her i Norge gjør på fritida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg synes det er vanskelig å bestemme om jeg skal leve som nordmenn, eller som folk fra andre land og kulturer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5.2 Du kan føle deg som medlem av ulike etniske eller kulturelle grupper, som pakistanere, vietnamesere, eller andre, og du kan føle at du er en del av et større samfunn som for eksempel Norge.

Hvordan ser du på deg selv? (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg ser på meg selv som norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg ser på meg selv som pakistaner/ vietnameser/ chilener/ iraner/ annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler jeg er en del av kulturen til pakistanere/ vietnamesere/ chilener/ iranere/ annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er glad for å være norsk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stolt av å være pakistaner/ vietnameser/ chilener/ iraner/ annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at jeg er en del av den norske kulturen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er glad for å være pakistaner/ vietnameser/ chilener/ iraner/ annet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg er stolt av å være norsk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

5.3 Når folk med forskjellig bakgrunn er sammen, kan noen føle seg urettferdig behandlet. Følgende utsagn handler om dette. (Sett ett kryss for hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Delvis uenig	Helt uenig
Jeg synes at andre har oppført seg urettferdig eller negativt overfor folk fra min kultur.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg ikke akseptert av folk fra andre kulturer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler at folk fra andre kulturer har i mot meg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt ertet og fornærmet på grunn av min kulturelle bakgrunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg har blitt truet eller angrepet på grunn av min kulturelle bakgrunn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

U/T6. KRIGSOPPLEVELSER

- 6.1 Har noen av foreldrene dine opplevd krig og følgene av krig på nært hold? JA NEI Vet ikke
- 6.2 Har du noen gang opplevd krig og følgene av krig på nært hold?

U/T7. SORG

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

Ja, en gang for 1 Ja, flere ganger for 2 Ja, har nå 3 Nei 4

- 7.2 Hvilke helseplager fikk du i så fall av hendelsen? (den siste, hvis du har opplevd flere)

Mest kroppslige 1 Mest føtelsesmessige 2 Begge omtrent like mye 3 T

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

uker eller måneder eller år

- 7.4 Hvis du har opplevd slik sorg, var den en følge av? (den siste, hvis du har opplevd flere) (Sett ett kryss for hver linje)

Dodsfall av:	JA	NEI
Foreldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteforeldre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søsken.....	<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"/>
	JA	NEI
Alvorlig sykdom:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjærlighetssorg:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis «JA» på annet, spesifiser:

- 7.5 Har du fått profesjonell hjelp etter hendelsen? (den siste, hvis du har opplevd flere)..... JA NEI

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

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

Hvis «JA» på annet, spesifiser:

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

U/T8. TANNHEELSE

- 8.1 Dersom du skulle til tannlegen i morgen, hva ville du da føle?

(Med tannlege menes også skoletannlege)
(Sett kryss ved det alternativet som passer best)

Jeg ville se frem til det som en ganske hyggelig opplevelse..... 1

Ville ikke føle noe, det ville være det samme for meg..... 2

Det ville gjøre meg litt urolig..... 3

Jeg ville bli redd for at det skulle bli ubehagelig og vondt..... 4

Jeg ville bli svært redd med tanke på hva tannlegen skulle gjøre..... 5

- 8.2 Når du venter på tannlegens venteværelse, eller venter på å bli hentet til tannlegen, hvordan føler du deg da? (Sett kryss ved det alternativet som passer best)

Avslappet..... 1

Litt urolig..... 2

Anspent, nervøs..... 3

Redd, engstelig..... 4

Så redd at jeg av og til begynner å svette eller nesten føler meg syk..... 5

- 8.3 Når du sitter i tannlegestolen og venter på at tannlegen skal begynne behandlingen, hvordan føler du deg da? (Sett kryss ved det alternativet som passer best)

Avslappet..... 1

Litt urolig..... 2

Anspent, nervøs..... 3

Redd, engstelig..... 4

Så redd at jeg av og til begynner å svette eller nesten føler meg syk..... 5

- 8.4 Tenk deg at du sitter i tannlegestolen og skal få tennene renset og pusset. Mens du sitter og venter på at tannlegen skal finne instrumentene som brukes til å pusse og skrape med, hvordan føler du deg da? (Sett kryss ved det alternativet som passer best)

Avslappet..... 1

Litt urolig..... 2

Anspent, nervøs..... 3

Redd, engstelig..... 4

Så redd at jeg av og til begynner å svette eller nesten føler meg syk..... 5

- 8.5 Hvor redd er du for å få utført tannbehandlingen, alle forhold tatt i betraktning? (Sett kryss ved det alternativet som passer best)

Ikke i det hele tatt..... 1

Litt..... 2

Noe..... 3

Mye..... 4

Veldig mye..... 5

T

U/T9. FOREBYGGING AV SKADE

9.1 Når du er passasjer i bil, bruker du bilbelte når du sitter? (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid
Foran:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bak:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

9.2 Hvis du har stått slalåm / utfor i løpet av de siste 12 måneder, har du da fått kontrollert bindingene i forhold til din vekt? (Sett bare ett kryss)

Ja	Nei	Har ikke stått på ski	T
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	

9.3 Brukte du legg-/knebeskytter ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Rulleskøyter/ rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm/ utfor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

9.4 Brukte du håndledd-/ albuebeskytter ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Sykkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/ rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

9.5 Brukte du hjelm ved dine aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder? (Sett ett kryss for hver linje)

	Aldri	Sjelden	Ofte	Alltid	Ikke aktuelt
Sykkel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/ rullebrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm-/ utfor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ridning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

U/T10. FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvor ofte har du drevet med følgende aktiviteter i løpet av de siste 12 måneder?

Vinter er fra oktober til mars. Sommer er fra april til september. (Sett ett kryss for hver linje)

	T	Aldri	1-5 ganger i sesongen	1-3 ganger i mnd.	1 gang i uka	Flere ganger i uka
Sykling	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rulleskøyter/ rullebrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndball	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fotball	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen ballsport	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ishockey	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ridning	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turn	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kampsport	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friidrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svømming i basseng	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slalåm/ utfor	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snøbrett	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telemark	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langrenn	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen aktivitet	vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5

Hvis "Annen aktivitet" - hvilken:

Ikke skriv her:

7.4 (Annen sorg)

7.5 (Annen hjelp)

9.3

9.4

9.5

10.1

⊥