



Human miljøbiobank Norge

SPØRRESKJEMA MOR

Veiledning for utfylling av skjemaet

I skjemaet ber vi deg svare på en rekke spørsmål om bolig, livsstil, kosthold og miljøet rundt deg og familien din. Mor og far skal svare på hvert sitt skjema, men bør dere sammen, holder det at den ene svarer på spørsmålene i Del A om bomiljø og bolig.

Siste del av spørreskjemaet, Del G, gjelder barnet. Også her holder det om den ene svarer dersom begge foreldre bor sammen med barnet. Dersom du og barnets andre forelder ikke bor sammen, ber vi om at disse spørsmålene besvares av begge foreldrene.

Sagt på en annen måte:

- alle spørsmål i Del B, C, D, E og F skal besvares av foreldrene hver for seg. Alle disse spørsmålene har grønn bakgrunnsfarge.
- Spørsmål i Del A og G kan besvares av den ene forelderen, dersom begge disse bor sammen med barnet. Spørsmålene har oransje bakgrunnsfarge.
- Spørsmålene i Del A og G, om barnet, besvares av begge foreldrene dersom foreldrene ikke bor sammen.

Hvis du synes at et spørsmål er ubehagelig eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det og gå videre til neste spørsmål.

Så snart du har fylt ut dette skjemaet, ber vi om at du sender det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Skjemaet skal leses av en maskin. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du **et kryss** inni boksen for det svaret som du mener passer best, slik:
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik:
- Tallboksene har ofte to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall, bruker du den høyre ruten. *Eksempel "5" skrives slik:*

	5
--	---
- Spesielle opplysninger som f.eks. kosttilskudd, skriver du fritt på de åpne linjene. Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVET**.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

--	--

dag

--	--	--

måned

--	--	--	--

år

(Skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2016)

Mor og far bor sammen Ja Nei

Jeg som fyller ut dette skjemaet er mor far

Barnet mitt bor sammen med begge foreldrene sine

Barnet bor for det meste hos meg

Barnet bor for det meste hos den andre forelderen

Barnet bor omtrent like mye hos meg som hos sin andre forelder

A. Bomiljø og bolig

Spørsmålene i denne delen kan fylles ut av den ene av foreldrene dersom dere bor sammen.

1. Ca. hvilket år ble boligen du bor i bygget?

Årstall Vet ikke

Oppgi hvor lenge du har bodd i denne boligen år

2. Ca. hvor mange kvadratmeter boflate har boligen din?

m²

3. Hvordan vil du beskrive boligen din?

- Enebolig (atskilt fra andre hus)
 Rekkehus, tomannsbolig, kjedet bolig o.l.
 Leilighet
 Annet, spesifiser: _____

4. Bor du i Oslo, Bergen, Stavanger, Trondheim, Sandnes, Tromsø eller Drammen?

Nei Ja

Hvis ja, i hva slags område ligger leiligheten/huset ditt?

- Sentrum av byen I industriområde
 Nær sentrum av byen Vet ikke
 I forstad

5. Finnes det noe av følgende innenfor 50 m radius av boligen din? (Du kan sette flere kryss.)

- Metallbearbeidingsvirksomhet
 Soppelfylling/gjenvinningsstasjon
 Avfallsforbrenningsanlegg
 Løsemiddelbedrift (f.eks. en malevirksomhet)

6. Hvilken varmekilde er hovedsakelig brukt i boligen din?

- Elektrisk varmeovn
 Elektrisk gulvvarme
 Vannbåren gulvvarme
 Radiatorer
 Fjernvarme (ingen varmtvannsbereder i bygningen)
 Ved
 Vet ikke

7. Finnes det andre varmekilder i hjemmet ditt som brukes med ved eller kull, f.eks peis?

Nei Ja

8. Hvilken energikilde bruker du vanligvis ved matlagning? (Du kan sette flere kryss.)

- Elektrisk
 Gass
 Ved
 Annet, for eksempel mikroølgeovn

9. Oppgi hvor mange dager i året du bruker utegrill ved matlagning:

Elektrisk grill Gass
 Engangsgrill Kull

10. Har hele eller deler av boligen din (stue eller soverom) blitt pusset opp i løpet av det siste året?

- Nei
 Ja, oppgi hvor mange måneder det er siden

11. Har du vinyl (PVC) gulvbelegg i boligen din? (NB: linoleum er ikke vinyl)

- Nei
 Ja, oppgi ca. hvor mange m²
 Vet ikke

12. Har du værelser med vinyl (PVC) tapet i boligen din?

- Nei
 Ja, oppgi hvor mange rom
 Vet ikke

13. I hvilken grad plages du av luftforurensing dersom du lar vinduer stå åpne (med tanke på eksoslukt, støv fra trafikk, industri m.m.)?

- Ikke plaget i det hele tatt
 Plaget en sjelden gang
 Plaget noen ganger
 Ofte plaget
 Nesten alltid plaget

14. Har du kjæledyr i hjemmet ditt som hovedsakelig bor inne?

- Nei
 Ja

15. Hvis ja, oppgi antall av følgende kjæledyr:

Katter: Hunder: Fugler:
 Andre: Spesifiser: _____

16. Hvilke av følgende rengjøringsprodukter blir brukt i hjemmet regelmessig?

+	Sjeldnere enn en gang per uke	Ca. en gang per uke	Oftere enn en gang per uke
1. Klorin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Salmiak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Flekkmiddel (løsemiddelbasert) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Møbelrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vindusvask	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rengjøringspray til gulv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ovnsrens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Luftrens (plug-in, forstøver, spray)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Universal rengjøringspray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet flytende rengjøringsmiddel (grønnsåpe, Ajax etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Møllkuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Spray til å fjerne fettflekker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Andre rengjøringsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Spesifiser: _____

17. Har du støvsuger?

- Nei +
 Ja

18. Har støvsugeren din et hepafilter eller lignende filter med liten porestorrelse?

- Nei
 Ja
 Vet ikke

19. Har du sentralstøvsuger?

- Nei
 Ja

20. Hvor ofte blir huset ditt støvsuget?

- Oftere enn en gang per uke
 En gang per uke
 Sjeldnere enn en gang per uke

+

B. Mat og drikke

Spørsmålene besvares av både mor og far i hvert sitt skjema.

21. Hva er hovedkilden til vann i matlagingen?

- Offentlig vannforsyning
 Kommersielle produsenter (flaskevann, plastflaske)
 Egen brønn/privat vannforsyning
 Vet ikke

22. Hva er hovedkilden til drikkevannet ditt, dvs vannet du drikker direkte eller bruker til kaffe, te, saft osv?

- Offentlig vannforsyning
 Kommersielle produsenter (flaskevann, boks etc.)
 Egen brønn/privat vannforsyning
 Vet ikke

23. Hvor ofte drikker du følgende?

	Sjeldnere enn ukentlig	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1-2 ganger per dag	3-4 ganger per dag	5+ ganger per dag
1. Biola/Cultura/Activia og andre probiotiske produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Juice/smoothie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Søtet Cola-drikk (f.eks. Coca-Cola, Pepsi, energidrikker) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Annen søtet drikk (f.eks. Fanta, saft, nektar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kunstig søtet Cola-drikk (f.eks. Cola Zero, Pepsi Max)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kaffe (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Te (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Melk (hel, lett, ekstra lett, skummet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

24. Oppgi hvor ofte du drikker alkohol: Baser svaret på det siste året.

Enheter alkohol: For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5 cl ren alkohol).

I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3) liter øl = 1 enhet

1 vinglass rød eller hvit vin = 1 enhet

1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin = 1 enhet

1 drammeglass brennevin = 1 enhet

Drikk	Aldri	Sjelden mer enn en gang i måneden	Noen ganger i måneden	Ca. en gang i uken	2-4 ganger i per uke	5-6 ganger per uke	>1 glass hver dag
Øl, cider, rusbrus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin, fruktvin, musserende, hetvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol?

1-2 3-4 5-6 7-9 10 eller flere

+

26. Hvor ofte har du spist følgende matvarer de siste 4 ukene?

	Sjelden/ aldri	2-3 ganger siste måned	1-3 ganger per uke	4-7 ganger per uke	1 gang per dag	2+ ganger per dag
1. Gulrot, kålrot, selleriot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hodekål, blomkål, brokkoli, rosenkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lok, purre, hvitløk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andre grønnsaker (f.eks. erter, spinat, salat, tomat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epler, pærer, plommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen frukt (f.eks. banan, appelsin, druer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bær (f.eks. jordbær, bringebær, blåbær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Egg (kokt, stekt, røre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Måsegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fisk og fiskeprodukter, både til middag og som pålegg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Skalldyr (f.eks. reker, krabbe, blåskjell).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kylling/kalkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rent kjøtt av okse, gris og lam (stek, koteletter, filet, biff).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bearbeidede kjøttprodukter (pølser, hamburger, kjøttkaker o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vilt (elg, hjort, rådyr, villfugl, hare o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Innmat (lever, nyrer, innmatpudding o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Linser, bønner, kikerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Olivenolje/rapsoolje (til salat og matlaging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Grove kornprodukter (grovbrød, knekkebrød, usøtet müsli o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Frokostblanding (søtet), havregrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yoghurt/skyr o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ost (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ris/pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kaker, sjokolade, iskrem, smågodt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Salte snacks (f.eks. potetchips, peanøtter).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Nøtter (valnøtter, hasselnøtter, mandler o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

27. Hvor ofte har du brukt kosttilskudd det siste året?

+	Oppgi navn på produkt	Antall ganger per uke	Antall måneder siste år	Tar kosttilskuddet nå?
	1. Multivitamin-/mineraltilskudd _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	+ <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	2. Kosttilskudd med mineraler (f.eks. jern) _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	3. Tran eller annet omega-3 tilskudd _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	4. Proteintilskudd _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja
	5. Annet _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja

28. Andre detaljer om maten

Oppgi hvor ofte du har spist følgende de siste 4 ukene:

	Sjelden/aldri	Noen ganger i måneden	Ca. en gang i uken	2-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	Hver dag
1. Ferdigretter (frysepizza, Fjordland-middager o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Matretter i kantine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fastfood (f.eks. McDonalds, kiosk, bensinstasjon)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tyggegummi.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frukt/grønnsaker fra egen/slekts/venners hage eller gård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Økologisk melk eller ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Økologisk brød eller frokostblanding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Økologiske egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Økologisk dyrket frukt og grønt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hvor mange ganger per uke lager du mat i en stekepanne med non-slipp belegg (f.eks. teflonbelegg)?

ganger per uke

+

C. Røykevaner

Spørsmålene besvares av både mor og far i hvert sitt skjema.

30. Er det noen som røyker innendørs hjemme hos deg?

- Nei
 Ja

31. Hvor mange personer røyker vanligvis innendørs hjemme hos deg?

Antall

32. Hvor mange sigaretter/sigarer/piper per dag røykes vanligvis innendørs hjemme hos deg?

(Vær vennlig å estimere hvis du ikke vet et nøyaktig antall.)

+

33. Røyker du nå for tiden?

- Nei, jeg har aldri røyket
 Nei, jeg har sluttet å røyke for flere år siden
 Nei, jeg har sluttet å røyke for måneder siden
 Ja, daglig. Antall per dag
 Ja, av og til. Antall per uke

34. Snuser du nå for tiden?

- Nei, jeg har aldri brukt snus
 Nei, jeg har sluttet å snuse for flere år siden
 Nei, jeg sluttet for måneder siden
 Ja, daglig. Antall ganger per dag
 Ja, av og til. Antall ganger per uke

+

D. Diverse eksponering

35. Hvor ofte bruker du følgende produkter?

	Sjelden/ aldri	En gang i uken	Noen ganger i uken	+	Hver dag
1. Sminke på hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+	<input type="checkbox"/>
2. Øyesminke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
3. Hårsjampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
4. Balsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
5. Hårstylingsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
6. Bodylotion (f.eks. håndkrem, leppepomade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
7. Dufter (f.eks. parfyme, eau de toilette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Deodorant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
9. Massasjeolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
10. Neglelakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

36. Har du tenner med amalgamfylling?

- Nei 
- Ja, oppgi hvor mange: 
- Vet ikke +

37. Hvor mye tid i gjennomsnitt bruker du i bil per dag? Inkluder både fritiden og på jobb. timer

38. Hva er bilens drivstoff?

- Bensin Diesel El Hybrid

39. Hvor gammel er bilen du vanligvis bruker?

 år, og/eller  måneder

40. Hvor gammel er bilen barnet ditt bruker mest tid i?

 år, og/eller  måneder

41. Er det noen hjemme hos deg som jobber med lodding/loddemetall?

- Nei +
- Ja

42. Har noen brukt følgende materiale i hjemmet ditt de siste 4 ukene?

	Nei	Ja
Metaller (f.eks støpt blykuler)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maling/belegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smøremidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hvor ofte har du brukt gummilignende plastikkhansker (ikke latex) den siste uken?

- Daglig
- Mindre enn daglig
- Aldri

44. Hvor ofte kjøper du miljømerkede produkter? (Eksempel på miljømerker: Svanemerket (Nordic Ecolabel), EU Ecolabel («Blomsten»), The Global Organic Textile Standard (GOTS))

Produkter:	Aldri	Noen ganger	Ofte	Alltid
1. Vaskemidler til klesvask	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vaskemidler til oppvask	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rengjøringsmidler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dopapir/tørkepapir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stearinlys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kosmetikk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Klær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sengetøy inkludert dyne/ pute/madrass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Maling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Skaffer dere oftest nye eller brukte forbruksvarer? +

Forbruksvarer:	Nesten alltid nytt	Oftes nytt	Ofte brukt	Alltid brukt
1. Bil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sofa/møbler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barneklær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Egne klær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. TV/PC/stereoanlegg osv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvitevarer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Yrke

Spørsmålene besvares av både mor og far i hvert sitt skjema. +

46. Hvilken type utdanning har du? (Sett kun ett kryss for den høyeste utdanningen du har fullført.)

- 9-årig grunnskole
- 1-2-årig videregående
- Videregående yrkesfaglig
- 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas
- Høyskole eller universitet inntil 4 år (f.eks. cand. mag., bachelor, sykepleier, lærer, ingeniør)
- Høyskole eller universitet, mer enn 4 år (f.eks. hovedfag, master, embetseksamen)
- Annen utdanning

47. Hva er din arbeidssituasjon nå?

(Sett eventuelt flere kryss.)

- Skoleelev/student
- Hjemmeværende
- Arbeidssøkende/permittert
- Attføring/ufor
- Ansatt i offentlig virksomhet
- Ansatt i privat virksomhet
- Selvstendig næringsdrivende
- Familiemedlem uten fast lønn i familiebedrift (f.eks. gårdsbruk, forretning)
- Annet

48. Når begynte du i nåværende jobb?

--	--	--	--

Årstall

49. Hvordan er de fysiske omgivelsene mesteparten av tiden i nåværende jobb?

- Åpent kontorlandskap
- Eget kontor
- Klasserom, skole, barnehage, bibliotek o.l.
- Butikk, kantine, restaurant
- Sykehus, operasjonssal, laboratorium
- Innendørs byggearbeid
- Utendørs anleggsarbeid
- Transportsektoren (i bil, lastebil, tog o.l.)
- Skog, parker, felt, låver, osv.
- Annet

50. Kommer du i direkte kontakt med noen av følgende substanser i denne jobben eller i fritiden? (Du kan sette flere kryss.)

- Metallisk støv
- Olje
- Maling, belegg
- Løsemidler
- Plastmyknere
- Kvikksolv
- Kadmium
- Andre metaller, oppgi hvilke: _____

F. Andre spørsmål

Spørsmålene besvares av både mor og far i hvert sitt skjema.

51. Hvilket språk snakker du mest hjemme?

- Norsk
- Annet språk, hvilket: _____

52. Hvor mange personer er det i din husstand?

Antall personer 18 år eller over

--	--

Antall personer under 18 år

--	--

+

53. Hvor høy er du og hvor mye veier du? Oppgi også midjemålet ditt.

Høyden din

--	--	--

 cm

Vekten din

--	--	--

 kg

Midjemålet ditt

--	--	--

 cm

(Bruk målebånd, mål midt mellom nederste ribbein og hofteammen)

+

G. Spørsmål om barnet ditt

Dersom mor og far ikke bor sammen besvares spørsmålene av begge foreldrene. Barna i denne undersøkelsen er fra alderen 8 til 15 år. Derfor vil noen spørsmål passe for barn i en aldersgruppe, men ikke for en annen. I slike tilfeller kan du hoppe over spørsmål du ikke synes er relevante for ditt barn.

54. Hvilket nummer i søskenflokket er barnet som deltar i denne undersøkelsen?

- Første Femte
 Andre Sjette +
 Tredje Høyere
 Fjerde

55. Oppgi barnets alder: år

56. Hvor høyt er barnet ditt og hvor mye veier han/hun? Oppgi også midjemålet til barnet.

Høyden til barnet ditt cm
(Måles inn mot en vegg og uten sko på)

Vekten til barnet ditt kg

Midjemålet til barnet ditt cm
(Bruk målebånd, mål midt mellom nederste ribbein og hofteammen)

57. Har barnet ditt sitt eget soverom?

- Nei, deler med foreldre/forsorger
 Nei, deler med søsken
 Ja

58. Hvilken utsikt er det fra barnets soverom? (Svar med ett eller flere kryss)

- Ser ut på gate eller vei
 Ser ut på hage/gårdsplass/terrasse
 Ser ut på trikk/tog/bane
 Annet, spesifiser: _____

59. Sover det kjæledyr på barnets rom?

- Nei
 Ja
 Av og til

60. Hvor ofte har barnet ditt lekt med leker som inneholder myk plast den siste uken, f.eks dukker eller lekedyr av myk plast? Tenk også på leker som barnet ditt leker med utendørs.

- Daglig
 Mindre enn daglig
 Aldri
 Vet ikke

61. Hvor mye tid per dag bruker barnet ditt utendørs?

Sommertid timer eller minutter

Vintertid timer eller minutter

62. Røyker barnet ditt?

- Nei
 Ja, daglig
 Ja, av og til
 Vet ikke

63. Snuser barnet ditt?

- Nei
 Ja, daglig
 Ja, av og til
 Vet ikke

64. Hvor ofte bruker barnet ditt følgende produkter?

	Sjelden/ aldri	En gang i uken	Noen ganger i uken	Hver dag
1. Sminke på hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Øyesminke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hårsjampo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Balsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hårstylingsprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bodylotion (f.eks. håndkrem, leppepomade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Duffer (f.eks. parfyme, eau de toilette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Deodorant.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Massasjeolje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Neglelakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

65. Hvor ofte drikker barnet ditt følgende?

+	Sjeldnere enn ukentlig	1-3 ganger per uke	4-6 ganger per uke	1-2 ganger per dag	3-4 ganger per dag	5+ ganger per dag	
1. Biola/Cultura/Activia og andre probiotiske produkter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
2. Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Juice/smoothie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Sotet Cola-drikk (f.eks. Coca-Cola, Pepsi, energidrikker) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Annen søtet drikk (f.eks. Fanta, saft, nektar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Kunstig søtet Cola-drikk (f.eks. Cola Zero, Pepsi Max)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Kaffe (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Te (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Melk (hel, lett, ekstra lett, skummet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

66. Hvor ofte har barnet ditt spist følgende matvarer de siste 4 ukene?

Matvare	+	Sjelden/aldri	3-2 ganger siste måned	1-3 ganger per uke	4-7 ganger per uke	1 gang per dag	2+ ganger per dag
1. Gulrot, kålrot, sellerirot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hodekål, blomkål, brokkoli, rosenkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Løk, purre, hvitløk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Andre grønnsaker (f.eks. erter, spinat, salat, tomat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epler, pærer, plommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen frukt (f.eks. banan, appelsin, druer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bær (f.eks. jordbær, bringebær, blåbær)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Egg (kokt, stekt, røre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Måsegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Fisk og fiskeprodukter, både til middag og som pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Skalldyr (f.eks. reker, krabbe, blåskjell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kylling/kalkun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Rent kjøtt av okse, gris og lam (stek, koteletter, filet, biff)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bearbejdede kjøttprodukter (pølser, hamburger, kjøttkaker o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vilt (elg, hjort, rådyr, villfugl, hare o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Innmat (lever, nyrer, innmatpudding o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Linser, bonner, kikerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Olivenolje/rapsoleje (til salat og matlaging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Grove kornprodukter (grovbrød, knekkebrød, usotet müsli o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Frokostblanding (sotet), havregrot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Yoghurt/skyr o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Ost (alle typer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ris/pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Kaker, sjokolade, iskem, smågodt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Salte snacks (f.eks. potetchips, peanøtter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Nøtter (valnøtter, hasselnøtter, mandler o.l.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

67. Oppgi hvor ofte barnet ditt har spist følgende de siste 4 ukene?

		Sjelden/ aldri	Noen ganger i måned	Ca. en gang i uken	2-4 ganger per uke	5-6 ganger per uke	Hver dag
1. Ferdigretter (frysepizza, Fjordland-middager o.l.)	+	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Matretter i kantine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fastfood (f.eks. McDonalds, kiosk, bensinstasjon).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tyggegummi.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Frukt/grønnsaker fra egen/slekts/venners hage eller gård		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Økologisk melk eller ost		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Økologisk brød eller frokostblanding		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Økologiske egg		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Økologisk dyrket frukt og grønt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Har barnet ditt tenner med amalgamfylling?

- Nei
 Ja, oppgi hvor mange:
 Vet ikke

+

69. Hvor mye tid bruker barnet ditt i bil i gjennomsnitt per dag?

timer, og/eller minutter

Kommentarer

Har du kommentarer til undersøkelsen, eller noe du ønsker å utdype, kan du skrive her:

.....

.....

.....

.....

Takk for at du tok deg tid til å fylle ut skjemaet!

+

+