

10. MOSJON OG FYSISK AKTIVITET

10.1 Hvordan har din fysiske aktivitet i fritiden vært det siste året?
Tenk deg et ukentlig gjennomsnitt for året.
Arbeidsvei regnes som fritid. Besvar begge spørsmålene.

Timer pr. uke

Lett aktivitet
(Ikke svett/andpusten).....

Ingen

Under 1

1-2

3 og mer

☐

☐

☐

☐

Hard fysisk aktivitet
(Svett/andpusten).....

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

10.2 Angi bevegelse og kroppslig anstrengelse i din fritid. Hvis aktiviteten varierer meget f.eks. mellom sommer og vinter, så ta et gjennomsnitt. Spørsmålet gjelder bare det siste året.
(Sett kryss i den ruta som passer best)

Leser, ser på fjernsyn eller annen stillesittende beskjeftigelse?.....

☐

1

Spaserer, sykler eller beveger deg på annen måte minst 4 timer i uka?.....
(Her skal du også regne med gang eller sykling til arbeidsstedet, søndagsturer m.m.)

☐

2

Driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid e.l.?

☐

3

Trener hardt eller driver konkurranseidrett regelmessig og flere ganger i uka?

☐

4

11. FAMILIE OG VENNER

11.1 Bor du sammen med: JA NEI
Ektefelle/samboer?

☐

☐

11.2 Hvor mange gode venner har du? Antall venner
Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp dersom du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med andre slektninger.

11.3 Hvor stor interesse viser folk for det du gjør? (Sett bare ett kryss)

Stor interesse

Noe interesse

Litt interesse

Ingen interesse

Usikkert

☐

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

5

11.4 Hvor mange foreninger, lag, grupper, kirkesamfunn e.l. deltar du i på fritiden? Antall
(Skriv 0 hvis ingen)

11.5 Føler du at du kan påvirke det som skjer i lokalsamfunnet der du bor? (Sett bare ett kryss)

Ja, i stor grad

Ja, en del

Ja, i liten grad

Nei

Har ikke forsøkt

☐

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

5

12. SYKDOM I FAMILIEN

12.1 Har en eller flere av dine foreldre eller søsken hatt hjerteinfarkt (sår på hjertet) eller angina pectoris (hjertekrampe)? JA NEI VET IKKE

☐

☐

☐

12.2 Kryss av for de slektningene som har eller har hatt noen av sykdommene: (Sett kryss for hver linje)

Hjerneslag eller hjerneblødning.....

Mor

Far

Bror

Søster

Barn

Ingen av disse

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Hjerteinfarkt før 60 års alder

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Astma

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Kreftsykdom

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Diabetes (sukkersyke).

☐

☐

☐

☐

☐

☐

12.3 Hvis noen slektninger har diabetes, i hvilken alder fikk de diabetes (hvis for eks. flere søsken, før opp den som fikk det tidligst i livet):

Vet ikke, ikke aktuelt

Mors alder

Fars alder

Brors alder

Søsters alder

Barns alder

☐

13. BRUK AV MEDISINER

Med medisiner mener vi her medisiner kjøpt på apotek. Kosttilskudd og vitaminer regnes ikke med her.

13.1 Bruker du? Nå Før, men ikke nå Aldri brukt

Medisin mot høyt blodtrykk

☐

☐

☐

Kolesterolsenkende medisin

☐

☐

☐

13.2 Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner? (Sett ett kryss pr. linje)

Ikke brukt siste 4 uker

Sjeldnere enn hver uke

Hver uke, men ikke daglig

Daglig

Smertestillende uten resept.....

☐

☐

☐

☐

Smertestillende på resept.....

☐

☐

☐

☐

Sovemedisin

☐

☐

☐

☐

Beroligende medisin

☐

☐

☐

☐

Medisin mot depresjon

☐

☐

☐

☐

Annen medisin på resept.....

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

13.3 For de medisinene som du har krysset av for i pkt. 13.1 og 13.2, og som du har brukt i løpet av de siste 4 ukene:

Angi navnet og hvilken grunn det er til at du tar/har tatt disse (sykdom eller symptom):
(Kryss av for hvor lenge du har brukt medisinen)

Navn på medisinen: (ett navn pr. linje):	Grunn til bruk av medisinen:	Inntil 1 år	Ett år eller mer
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Dersom det ikke er nok plass her, kan du fortsette på eget ark som du legger ved.

14. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

14.1 Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang? Alder i år

14.2 Hvis du ikke lenger får menstruasjon, hvor gammel var du da den sluttet? Alder i år

14.3 Er du gravid nå?

Ja

Nei

Usikker

Over fruktbar alder

☐

☐

☐

☐

1

2

3

4

14.4 Hvor mange barn har du født? Antall barn

14.5 Bruker du, eller har du brukt? (Sett ett kryss for hver linje)

Nå

Før, men ikke nå

Aldri

P-pille/minipille/p-sprøyte.....

☐

☐

☐

Hormonspiral (ikke vanlig spiral)

☐

☐

☐

Østrogen (tabletter eller plaster)

☐

☐

☐

Østrogen (krem eller stikkpiller)

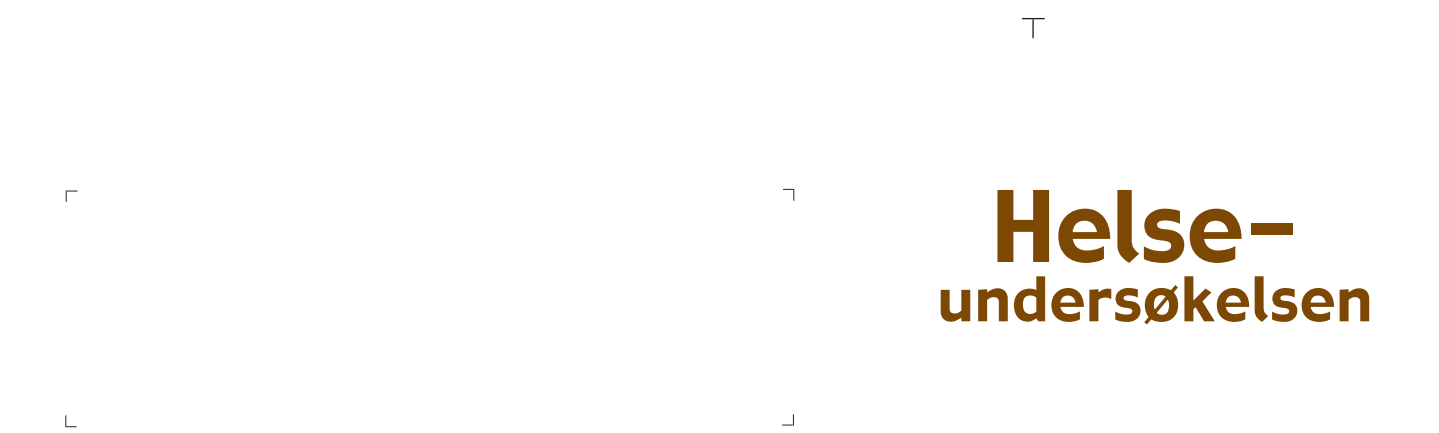
☐

☐

☐

14.6 Hvis du bruker/har brukt reseptpliktig østrogen: Hvor lenge har du brukt dette? Antall år

14.7 Hvis du bruker p-pille, minipille, p-sprøyte, hormonspiral eller østrogen; hvilket merke bruker du?



Personlig innbydelse

Ikke skriv her:

5.3 (Kommune)

(Fylke)

(Land)

9.3 (Virksomhet)

9.4 (Yrke)

14.7 (Merke)

