

E11. BRUK AV HELSETJENESTER

Hvor mange ganger de siste 12 månedene har du selv brukt:
(Sett ett kryss for hver linje)

Ingen

1-3 ganger

4 eller flere

Allmennpraktiserende lege.....

☐

☐

☐

Spesialist (privat eller på poliklinikk).....

☐

☐

☐

Legevakt (privat eller offentlig)

☐

☐

☐

Sykehusinnleggelse.....

☐

☐

☐

Hjemmesykepleie

☐

☐

☐

Fysioterapeut.....

☐

☐

☐

Kiropraktor

☐

☐

☐

Kommunal hjemmehjelp

☐

☐

☐

Tannlege

☐

☐

☐

Alternativ behandler

☐

☐

☐

Er du trygg på at du kan få hjelp av helseog hjemme-tjenesten hvis du trenger det?

JA

NEI

Vet ikke

☐1

☐2

☐3

E12. FAMILIE OG VENNER

Bor du:

Hjemme?

☐1

Institusjon/bofellesskap?

☐2

Bor du sammen med:

JA

NEI

Ektefelle/samboer?

☐

☐

Andre personer?

☐

☐

Hvor mange gode venner har du?

Regn med de du kan snakke fortrolig med og som kan gi deg hjelp når du trenger det. Tell ikke med de du bor sammen med, men ta med barn og andre slektninger.

Antall venner

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

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

Antall

E13. OPPVEKST OG TILHØRIGHET

Hvor lenge har du samlet bodd i fylket?

år

Hvor lenge har du samlet bodd i kommunen?

år

Hvor bodde du det meste av tiden før du fylte 16 år?
(Kryss av for ett alternativ og spesifiser)

Samme kommune

☐1

Annen kommune i fylket.....

☐2

Hvilken:

Annet fylke i Norge.....

☐3

Hvilket:

Utenfor Norge.....

☐4

Land:

Har du flyttet i løpet av de siste fem årene?

Nei

Ja, en gang

Ja, flere ganger

☐1

☐2

☐3

E14. BRUK AV MEDISINER

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

Bruker du?

(Sett ett kryss for hver linje)

Nå

Før, men ikke nå

Aldri brukt

Medisin mot høyt blodtrykk

☐

☐

☐

Kolesterolsenkende medisin

☐

☐

☐

Medisin mot osteoporose (benskjørhet).....

☐

☐

☐

Insulin

☐

☐

☐

Tabletter mot sukkersyke

☐

☐

☐

Hvor ofte har du i løpet av de siste 4 ukene brukt følgende medisiner?
(Sett ett kryss for hver 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

Angi navnet på de medisinerne du bruker nå, og hva grunnen er til at du tar medisinerne (sykdom eller symptom):

Hvor lenge har du brukt medisinen? (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.

E15. RESTEN AV SKJEMAET SKAL BARE BESVARES AV KVINNER

Hvor gammel var du da du fikk menstruasjon aller første gang?

Alder i år

Hvor gammel var du da menstruasjonen sluttet?

Alder i år

Hvor mange barn har du født?

Antall barn

Bruker du, eller har du brukt østrogenmedisin?

Aldri

Før

Nå

Tabletter eller plaster

☐

☐

☐

Krem eller stikkpiller

☐

☐

☐

Hvis du bruker østrogen; hvilket merke bruker du nå?

JA

NEI

Har du noen gang brukt P-pille?

☐

☐

IE 050000-1043-1 - 9.000 - Beyer-Hecos 02.01

Helseundersøkelsen

Personlig innbydelse

Ikke skriv her:

E13 (Kommune)

(Fylke)

(Land)

E15 (Merke)

