

## Frågeformulär inför Hälsoundersökning

Namn	Personnummer	Datum
------	--------------	-------

### Motion och rörelse

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt fysisk träning som får dig att bli andfådd, exempelvis löpning, motionsgymnastik eller bollsport?

Ingen tid alls       30 min       60 min       90 min       120 min       150 min eller mer

Hur mycket tid ägnar du en vanlig vecka åt vardagsmotion, exempelvis promenader, cykling eller trädgårdsarbete?

Ingen tid alls       30 min       60 min       90 min       120 min       150 min eller mer

### Matvanor

Hur ofta äter du frukt och grönsaker?

2 ggr per dag eller oftare       1 gång per dag       Några gånger i veckan       1 gång i veckan eller mer sällan       Aldrig eller nästan aldrig

Hur ofta äter du kaffebröd, choklad/godis, chips eller läsk/saft?

2 ggr per dag eller oftare       1 gång per dag       Några gånger i veckan       1 gång i veckan eller mer sällan       Aldrig eller nästan aldrig

### Tobak

Rökvanor

Jag har aldrig varit rökare       Jag slutade röka för mer än 6 mån sen       Jag slutade röka för mindre än 6 mån sen       Jag röker 1–9 cigaretter per dag       Jag röker 10–19 cigaretter per dag       Jag röker mer än 20 cigaretter per dag

Snusvanor

Jag har aldrig varit snusare       Jag slutade snusa för mer än 6 mån sen       Jag slutade snusa för mindre än 6 mån sen       Jag snusar 1–3 dosor per vecka       Jag snusar 4–6 dosor per vecka       Jag snusar mer än 7 dosor per vecka

## Alkohol

Hur ofta dricker du alkohol?

Aldrig

1 gång i månaden  
eller mer sällan

2–4 gånger  
i månaden

2–3 gånger  
i veckan

4 gånger i veckan  
eller mer

Hur många standardglas dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?

1–2

3–4

5–6

7–9

10 eller mer



## Narkotika

Har du provat narkotika?

Ja

Nej

Om ja, vad, när och i vilken omfattning?

---



---



---

## Bakgrund

Har någon av dina föräldrar eller syskon drabbats av hjärtinfarkt eller hjärnblödning/propp i hjärnan före 65 års ålder?

Ja

Nej

Har du någon gång fått besked om att ditt blodtryck är förhöjt?

Ja

Nej

Använder du någon medicin?

Ja

Nej

Om ja, ange vilken/a: \_\_\_\_\_

## Symtom

Har du tidigare haft någon allvarlig sjukdom?  Ja  Nej

Om ja, ange vilken/a: \_\_\_\_\_

	Hela tiden	En stor del av tiden	En del av tiden	En liten del av tiden	Inte alls
Sover du oroligt eller har du svårt att somna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig ofta trött?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig ofta rastlös och/eller spänd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känner du dig ofta nedstämd, olustig eller ledsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mycket dåligt				Utmärkt
Hur upplever du ditt allmänna hälsotillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>