



## Vejledning til spørgeskemaet

Vi vil gerne bede dig udfylde skemaet med blå eller sort kuglepen, da de returnerede spørgeskemaer bliver indlæst maskinelt. Skriv venligst tydeligt og brug ikke blyant.

Spørgsmålene i skemaet skal i de fleste tilfælde besvares ved, at du sætter kryds i en rubrik. Hvis du for eksempel synes dit helbred er som de flestes, sætter du kryds i den midterste rubrik:

<b>13.</b>	<b>Hvordan synes du dit helbred er, sammenlignet med andre på din alder?</b>
Bedre .....	<input type="checkbox"/>
Som de flestes.....	<input checked="" type="checkbox"/>
Dårligere.....	<input type="checkbox"/>

Hvis du kommer til at sætte et kryds i en forkert rubrik, skal du overstrege det forkerte kryds til rubrikken er helt fyldt ud – f.eks.: ~~☒~~. Herefter kan du sætte kryds i den rigtige rubrik.

Ved nogle spørgsmål bliver du bedt om at skrive et tal. For eksempel bliver du spurgt om, hvor mange personer du bor sammen med – her skriver du antallet på linjen:

<b>1.</b>	<b>Hvor mange personer er der i din husholdning, <u>ud over dig selv</u>?</b>
Antal personer:	<u>3</u> <i>Hvis 0, Gå til Sp.3</i>

Hvis du kommer til at skrive et forkert tal, skal du overstrege det forkerte tal helt. Herefter kan du skrive det rigtige tal til højre for det overstregede.

I enkelte tilfælde bedes du skrive en tekst, skriv gerne med blokbogstaver.

Ved nogle svar-muligheder står der en henvisning til et andet spørgsmål. For eksempel bliver du spurgt om astma:

<b>29.</b>	<b>Har eller har du haft astma?</b>
Ja .....	<input type="checkbox"/>
Nej .....	<input type="checkbox"/> <i>Gå til Sp.33</i>

Hvis du ikke har haft astma, skal du svare Nej og springe videre til spørgsmål 33, - hvis du derimod har eller har haft astma, så skal du svare Ja og fortsætte med næste spørgsmål (spørgsmål 30).

## AFSNIT 1: Basisoplysninger

1. **Hvor mange personer er der i din husholdning, ud over dig selv?**

Antal personer:

*Hvis 0 Gå til Sp.3*

2. **Hvem bor du sammen med?**

*Der må gerne sættes flere X*

- Ægtefælle .....
- Samlever .....
- Din tvilling .....
- Andre søskende .....
- Barn/børn .....
- Forældre .....
- Andre slægtninge .....
- Ven/venner .....
- Andre .....

*Gå så til Sp.5*

3. **Hvor længe har du boet alene?**

Antal år:

4. **Hvem var den sidste, du boede sammen med?**

- Ægtefælle .....
- Samlever .....
- Din tvilling .....
- Andre søskende .....
- Barn/børn .....
- Forældre .....
- Andre slægtninge .....
- Ven/venner .....
- Andre .....

**5. Hvordan er din nuværende boligsituation?**

- Hus, inkl. ejerlejlighed og landbrugsejendom
- Lejlighed, inkl. andelsbolig .....
- Kommunal plejebolig .....
- Plejehjem/integreret plejebolig .....
- Anden type .....

Hvis anden type, hvilken: \_\_\_\_\_

**6. Arbejder du stadig?**

- Ja, fuldtids (35 timer eller mere om ugen) .
- Ja, deltids (mindre end 35 timer om ugen)
- Nej, førtidspensionist .....
- Nej, efterlønsmodtager .....
- Nej, folkepensionist .....
- Sygemeldt i mere end 14 dage .....
- Andet .....

Siden  
hvornår

Årstal:

Hvis andet, hvad: \_\_\_\_\_  
(fx arbejdsløs)

**7. Hvad er/var din seneste erhvervmæssige stilling præcist?**

*(fx folkeskolelærer, pladesmed, kontorchef i skattevæsenet, ekspedient, truckfører, montrice, murermester)*

Stillingsbetegnelse: \_\_\_\_\_

**8. Hvad er din ægteskabelige stilling nu?**

- Gift/samlevende .....
- Skilt.....
- Separeret .....
- Enke/enkemand .....
- Aldrig gift/samlevende.....

} Gå til Sp. 11

**9. Arbejder din ægtefælle/samlever stadig?**

- Ja, fuldtids (35 timer eller mere om ugen) .
- Ja, deltids (mindre end 35 timer om ugen)
- Nej, førtidspensionist .....
- Nej, efterlønsmodtager .....
- Nej, folkepensionist .....
- Sygemeldt i mere end 14 dage .....
- Andet .....

} Årstal: 

--	--	--	--	--

 Siden hvornår

Hvis andet, hvad: \_\_\_\_\_  
(fx arbejdsløs)

**10. Hvad er/var din ægtefælles/samlevers seneste erhvervmæssige stilling præcist?**

*(fx folkeskolelærer, pladesmed, kontorchef i skattevæsenet, ekspedient, truckfører, montrice, murermester, medhj. hustru)*

Stillingsbetegnelse: \_\_\_\_\_

## AFSNIT 2: Helbred

**11. Hvordan vil du alt i alt vurdere din nuværende helbredstilstand?**

- Virkelig god .....
- God .....
- Nogenlunde .....
- Dårlig .....
- Meget dårlig .....

**12. Hvordan synes du dit helbred er, sammenlignet med din tvilling?**

- Bedre .....
- Det samme .....
- Dårligere.....
- Min tvilling lever ikke.....
- Ved ikke .....

**13. Hvordan synes du dit helbred er, sammenlignet med andre på din alder?**

- Bedre .....
- Som de flestes.....
- Dårligere.....

**14. Føler du dig rask nok til at gøre, hvad du har lyst til?**

- Ja, altid .....
- Ja, næsten altid .....
- Ja, af og til.....
- Nej, næsten aldrig.....
- Nej, aldrig .....

## 15. Sygdomme nu og gennem livet konstateret af en læge

Vi vil gerne vide, hvilke alvorlige, længerevarende sygdomme du har eller har haft. Hvis en læge nogensinde har konstateret en af nedennævnte sygdomme, skal du svare ja og oplyse **din ALDER, da den blev konstateret første gang**. Kan du ikke huske det præcist, angiv da dit bedste gæt.

Sidst i skemaet under M, er der plads til at tilføje sygdomme, som ikke er fortrykt.

	Ja, har nu	Ja, har haft	Nej	<b>Alder</b> da sygdom blev konstateret første gang
<b>A. Hjerter sygdomme</b>				
Uregelmæssig hjerterytme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Hjertekrampe (brystsmerter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Dårligt hjerte i øvrigt (uspecifik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Vand i lungerne pga. hjerteproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Højt blodtryk medicinsk behandlet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>B. Blodprop sygdomme</b>				
Blodprop i hjertet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Blodprop i hjernen (eller -blødning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Blodprop i lungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Blodprop i benet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Blodprop i øjet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>C. Lutfvejssygdomme</b>				
Kronisk bronkitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Rygerlunger (KOL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>D. Stofskifte sygdomme</b>				
Sukkersyge Type 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Sukkersyge Type 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
For højt stofskifte (Basedow)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
For lavt stofskifte (myxødem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Forstørret skjoldbruskkirtel (struma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Anden sygdom i skjoldbruskkirtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Knogleskørhed (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___

	Ja, har nu	Ja, har haft	Nej	<b>Alder</b> da sygdom blev konstateret første gang
<b>E. Kræft sygdomme</b>				
Hudkræft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Anden kræftsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>F. Mave-, tarm-, nyre sygdomme</b>				
Mavesår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Cøliaki (gluten intolerans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Crohns sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Colitis ulcerosa (tyktarmsbetændelse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Galdesten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Nyresten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Nyresvigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>G. Neurologiske sygdomme</b>				
Hjernehindebetændelse (meningitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Parkinsons syge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Migræne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>H. Øjensygdomme</b>				
Grå stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Grøn stær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Nethinde forkalkning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>J. Bevægeapparatet</b>				
Slidgigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Leddegigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Urinsyregigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Whiplash (piskesmældsskade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Kronisk træthedssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Fibromyalgi (diffuse smerter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Diskusprolaps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___



	Ja, har nu	Ja, har haft	Nej	<b>Alder</b> da sygdom blev konstateret første gang
<b>K. Psykiske sygdomme</b>				
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Angsttilstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
Dårlige nerver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>L. Spørgsmål kun til mænd</b>				
Forstørret blærehalskirtel (prostata)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___
<b>M. Andre alvorlige sygdomme, specificer:</b>				
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		___

16. Hvor mange biologiske børn har du fået i alt?

Antal: \_\_\_

**MÆND – bedes gå videre til spørgsmål 25**

**KVINDER BEDES BESVARE FØLGENDE SPØRGSMÅL**

**17. Hvor gammel var du, da du fik menstruation første gang?**

*Kan du ikke huske det, angiv da dit bedste gæt.*

Alder: .....   år og   måneder

Har aldrig haft menstruation ..  *Gå til Sp.25*

Husker ikke .....

**18. Hvis du har en tvillingsøster, hvem fik da først menstruation?**

Du .....

Din tvillingsøster .....

Samtidig (samme døgn) .....

Ved ikke .....

**18a. Hvor lang tid gik der imellem din og din tvillingsøsters første menstruation?**

år    måneder    uger    dage    Ved ikke

**19. Hvor gammel var du, da du havde menstruation sidste gang?**

*Kan du ikke huske det, angiv da dit bedste gæt.*

Alder:

**20. Hvad var årsagen til at dine menstruationer ophørte?**

*Sæt venligst et X i hver linje*

	Ja	Nej	Årstal
Ophørte naturligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fik fjernet livmoderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fik fjernet æggestokke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Ophørte af andre grunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hvilke andre grunde: \_\_\_\_\_

21. Har du nogensinde været i behandling med østrogen omkring og/eller efter overgangsalderen?

Ja .....

Nej .....  *Gå til Sp.25*

22. Hvor gammel var du, da du første gang fik hormonbehandling med østrogen?

*Hvis du ikke er sikker, angiv da dit bedste gæt*

Alder:

23. Får du stadig hormonbehandling med østrogen?

Ja .....  *Gå til Sp.24*

Nej .....

Hvis "Nej", hvor gammel var du?

Alder ved ophør:

24. Hvor mange år har du sammenlagt fået østrogenbehandling?

Antal år:

## AFSNIT 3: Lungefunktion

### HOSTE OG OPSPYT

25. Har du haft hoste i mindst 3 måneder pr. år?

Ja, i de sidste 2 år eller mere .....

Ja, kun i det sidste år .....

Nej .....

26. Har du haft hoste med opspyt i mindst 3 måneder pr. år?

Ja, i de sidste 2 år eller mere .....

Ja, kun i det sidste år .....

Nej .....

27. Vågner du af og til om natten eller tidligt om morgenen på grund af hoste?

Ja, mindst én gang om ugen .....

Ja, mindst én gang om måneden .....

Ja, mindst én gang om året .....

Nej .....

28. Er der noget af følgende, som giver dig hoste?

*Sæt venligst ét X i hver linje*

	Ja	Nej
a) Kulde .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Røg .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anstrengelse .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Andet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvis andet, hvad: \_\_\_\_\_

## ASTMA

29. Har eller har du haft astma?

Ja .....

Nej .....  *Gå til Sp. 33*

30. Har du haft et astmaanfald i de seneste 12 måneder?

Ja .....

Nej .....

31. Har en læge fortalt dig, at du har eller har haft astma?

Ja .....

Nej .....

32. Bruger du i øjeblikket medicin mod astma?

*(f.eks. inhalator, spray eller piller)*

Ja .....

Nej .....

## PIBENDE ELLER HVÆSENDE VEJRTRÆKNING

33. Har du nogensinde haft pibende eller hvæsende vejrtrækning uden samtidig at være forkølet?

Ja, mindst én gang om ugen .....

Ja, mindst én gang om måneden .....

Ja, mindst én gang om året .....

Nej .....  *Gå til Sp. 35*

34. Har du haft pibende eller hvæsende vejrtrækning uden at være forkølet i de seneste 12 måneder?

Ja .....

Nej .....

35. Har du nogensinde haft pibende eller hvæsende vejrtrækning samtidig med åndenød?
- Ja, mindst én gang om ugen .....
- Ja, mindst én gang om måneden .....
- Ja, mindst én gang om året .....
- Nej .....  *Gå til Sp. 37*

36. Har du haft åndenød samtidig med pibende eller hvæsende vejrtrækning i de seneste 12 måneder?
- Ja .....
- Nej .....

37. Er der noget af følgende, som giver dig pibende eller hvæsende vejrtrækning?  
*Sæt venligst ét X i hver linje*
- |                       | Ja                       | Nej                      |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Kulde .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Røg .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Anstrengelse ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Andet .....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hvis andet, hvad: \_\_\_\_\_

## ÅNDENØD OG VEJRTRÆKNINGSBESVÆR

38. Har du haft et anfald af åndenød i løbet af dagen, når du var i hvile på noget tidspunkt i de seneste 12 måneder?
- Ja .....
- Nej .....
39. Har du haft et anfald af åndenød som kom efter svær anstrengelse på noget tidspunkt i de seneste 12 måneder?
- Ja .....
- Nej .....

40. Er du blevet vækket af et anfald af åndenød på noget tidspunkt i de seneste 12 måneder?
- Ja .....
- Nej .....
41. Er du generet af åndenød når du klæder dig af eller på, eller er du så generet af åndenød at du ikke kan komme udenfor hjemmet?
- Ja .....
- Nej .....
42. Er du nødt til at stoppe for at få luft, når du har gået ca. 100 meter i dit eget tempo på jævnt terræn?
- Ja .....
- Nej .....
43. Får du åndenød, når du følges med andre mennesker på din egen alder på jævnt terræn?
- Ja .....
- Nej .....
44. Er du generet af åndenød, når du skynder dig afsted på jævnt terræn eller det går lidt op ad bakke?
- Ja .....
- Nej .....

#### TRYKKEN FOR BRYSTET

45. Er du vågnet med en fornemmelse af trykken for brystet på noget tidspunkt i de seneste 12 måneder?
- Ja .....
- Nej .....

## AFSNIT 4: Psykisk velbefindende

De følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra, hvordan du har det i øjeblikket set i forhold til for ½ - 1 år siden.

**46. Er du glad og tilfreds med dit liv, som det former sig for tiden?**

Ja, altid .....

Ja, næsten altid .....

Ja, af og til .....

Nej, næsten aldrig .....

Nej, aldrig .....

**47. Hvor ofte føler du dig glad?**

Det meste af tiden .....

En gang imellem .....

Aldrig eller næsten aldrig .....

**48. Har du følt dig ensom i den seneste tid?**

Ja, for det meste.....

Ja, nogle gange .....

Nej .....

**49. Føler du dig anspændt og bekymrer du dig mere end sædvanligt om små ting?**

Ja, for det meste.....

Ja, en gang imellem .....

Nej .....

**50. Anser du dig selv for at være nervøs?**

Ja .....

Nej .....



**51. Føler du dig i øjeblikket trist, deprimeret eller ulykkelig?**

Ja, det meste af tiden .....

Ja, en gang imellem .....

Nej .....

**52. Føler du dig til tider totalt værdiløs?**

Ja, for det meste .....

Ja, en gang imellem .....

Nej .....

**53. Hvordan ser du på din egen fremtid?**

Er du optimistisk .....

Er du neutral .....

Er du pessimistisk .....

**54. Føler du nogle gange, at livet ikke er værd at leve?**

Ja .....

Nej .....

## AFSNIT 5: Levevaner og livsstil

### TOBAK

**55. Ryger du nu?**

Ja, mere end 1 cigaret, cerut, pibestop pr. dag  *Gå til Sp.58*

Ja, men mindre end 1 cigaret, cerut,  
pibestop pr. dag .....  *Gå til Sp.58*

Nej .....

**56. Har du tidligere røget?**

Ja, mere end 1 cigaret, cerut, pibestop pr. dag

Ja, men mindre end 1 cigaret, cerut,  
pibestop pr. dag .....

Nej .....  *Gå til Sp.61*

**57. Hvornår holdt du op med at ryge?**

Årstal:

**58. Inhalerer du nu (eller da du røg)?**

Ja .....

Nej .....

**59. Hvor meget ryger (eller røg) du i gennemsnit om dagen?**

Antal cigaretter med filter: .....

Antal cigaretter uden filter: .....

Antal cerutter: .....

Antal cigarer: .....

Antal pibestop: .....

**60. Hvor mange år har du røget regelmæssigt?**

Antal hele år:

## ALKOHOL

De følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra situationen det seneste halve år.

### 61. Drikker du nogensinde alkohol i en eller anden form?

- Ja, mindst en gang om ugen .....
- Ja, mindst en gang om måneden .....
- Ja, men ikke hver måned .....
- Nej, aldrig .....  Gå til Sp.64

### 62. Hvor meget drikker du i gennemsnit af følgende pr. uge?

Udfyld venligst alle linjer og i hele tal

- Antal øl: .....
- Antal genstande stærk spiritus: .....
- Antal glas rødvin: .....
- Antal glas hvidvin: .....
- Antal glas hedvin: .....

### 63. Hvordan er dit alkoholforbrug nu i forhold til tidligere?

- Større end tidligere .....
- Det samme som tidligere .....
- Mindre end tidligere .....

## SPISE- OG DRIKKEVANER

### 64. Hvor meget drikker du i gennemsnit af følgende pr. dag?

- Antal kopper kaffe: .....
- Antal kopper te: .....

### 65. Hvor ofte indtager du følgende?

	Aldrig	1 gang eller mindre pr. md.	2 gange pr. md.	1 gang pr. uge	2-3 gange pr. uge	1 gang pr. dag	2-3 gange pr. dag	4 eller flere pr. dag
a) Frugt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rå grønsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Kogte grønsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Frugtjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Grønsagsjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## FYSISK AKTIVITET OG MOTIONSVANER

Følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra situationen det **seneste år**.

**66. Hvor ofte har du trænet, løbet, lavet aerobic eller gymnastik, så du har svedt og/eller er blevet forpustet?**

Aldrig.....

En til flere gange om året .....

En til flere gange om måneden .....

En til flere gange om ugen .....

Dagligt .....

**67. Hvor ofte har du gået en rask tur i mindst 30 minutter for motionens skyld?**

Aldrig.....

En til flere gange om året .....

En til flere gange om måneden .....

En til flere gange om ugen .....

Dagligt .....

**68. Hvor ofte har du cyklet mindst 3 km?**

Aldrig.....

En til flere gange om året .....

En til flere gange om måneden .....

En til flere gange om ugen .....

Dagligt .....

**69. Hvor ofte har du lavet strækøvelser, yoga eller pilates for at opnå smidighed, styrke og balance?**

Aldrig.....

En til flere gange om året .....

En til flere gange om måneden .....

En til flere gange om ugen .....

Dagligt .....

**70. Hvor ofte har du haft hård fysisk aktivitet på arbejde eller i hjemmet?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**71. Hvor ofte har du deltaget i en fysisk krævende sportsgren, fx tennis, løb, svømning eller cykling over en længere distance?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

## **INTELLEKTUELLE OG KULTURELLE AKTIVITETER**

*Følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra situationen det seneste år.*

**72. Hvor ofte har du besøgt museer, kunstudstillinger og lignende?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**73. Hvor ofte har du brugt Internet, bibliotek eller leksikon for at finde oplysninger til at besvare et spørgsmål eller løse et problem?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**74. Hvor ofte har du løst kryds og tværs, Sudoku eller lignende?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**75. Hvor ofte har du læst en bog, et nyhedsmagasin eller en teknisk rapport?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**76. Hvor ofte har du været på kursus, deltaget i en studiekreds eller overværet et offentligt foredrag?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**77. Hvor ofte har du skrevet en historie, rapport, et digt, essay, eller ført dagbog?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**78. Hvor ofte har du været i biografen, teateret eller til koncert?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**79. Hvor ofte har du læst avis?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**SOCIALE AKTIVITETER**

*Følgende spørgsmål bedes du besvare ud fra situationen det **seneste år**.*

**80. Hvor ofte har du deltaget i en fest eller et andet socialt arrangement?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**81. Hvor ofte har du været ude at spise, i biografen eller lignende sammen med venner eller slægtninge?**

- Aldrig.....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

- 82. Hvor ofte har du været i kontakt med familie eller venner på telefon eller email?**
- Aldrig.....
  - En til flere gange om året .....
  - En til flere gange om måneden .....
  - En til flere gange om ugen .....
  - Dagligt .....
- 83. Hvor ofte har du inviteret familie eller venner til middag i dit hjem?**
- Aldrig.....
  - En til flere gange om året .....
  - En til flere gange om måneden .....
  - En til flere gange om ugen .....
  - Dagligt .....
- 84. Hvor ofte har du besøgt familie eller venner i deres hjem?**
- Aldrig.....
  - En til flere gange om året .....
  - En til flere gange om måneden .....
  - En til flere gange om ugen .....
  - Dagligt .....
- 85. Hvor ofte har du deltaget i foreningsaktiviteter eller møder?**
- Aldrig.....
  - En til flere gange om året .....
  - En til flere gange om måneden .....
  - En til flere gange om ugen .....
  - Dagligt .....



**86. Hvor ofte mødes du med din tvilling?**

- Min tvilling lever ikke .....
- Aldrig .....
- Sjældent .....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**87. Hvor ofte taler du i telefon med din tvilling?**

- Min tvilling lever ikke .....
- Aldrig .....
- Sjældent .....
- En til flere gange om året .....
- En til flere gange om måneden .....
- En til flere gange om ugen .....
- Dagligt .....

**Mange tak for hjælpen!**

**Har du kommentarer til os, kan du skrive dem her:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---





