

Inden du besvarer et spørgsmål, bedes du læse spørgsmål og svarmuligheder igennem. De fleste af spørgsmålene besvares ved at sætte kryds i den kasse, hvor du synes, svaret passer bedst. Kun hvis det er angivet, må der sættes flere kryds i samme spørgsmål. Hvis du er i tvivl om, hvordan du vil svare, svar da venligst så godt du kan.

Nogle spørgsmål er lettere at besvare end andre. Hvis du går i stå i besvarelsen af et enkelt spørgsmål, så gå hellere videre til det næste frem for helt at opgive at udfylde spørgeskemaet.

Ved nogle spørgsmål skal man, hvis man svarer på en bestemt måde, springe et eller flere spørgsmål over. Vær derfor opmærksom på instruktionerne i spørgeskemaet.

Svarene bliver skannet ind på en maskine, så alle tal og kryds skal være nemme at tolke som vist i nedenstående eksempler.

Eksempel på angivelse af afkrydsninger, tal og tekst

	RIGTIGT	FORKERT
Sæt et tydeligt kryds.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/>
Hvis et felt er udfyldt forkert, skraveres den pågældende kasse og krydset sættes i den rigtige kasse.	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/>
Tal skrives i felterne.	<input type="checkbox"/> 1,2	<input type="checkbox"/> 2
Tal rettes ved helt at overstrege det forkerte tal og skrive det rigtige tal ovenover.	<input type="checkbox"/> 1,2 ⁴	<input type="checkbox"/> 1,2 ⁴
<p>Hvis ja, hvilke sygdomme drejer det sig om? Skriv hvilken sygdom: <u>DIABETES</u> Skriv tydeligt og meget gerne blokbogstaver</p>		

Nedenfor bedes du venligst skrive dit brugernavn og adgangskode:

Brugernavn

Adgangskode

1. Hvornår er du født?

Skriv

Dag

Måned

År

2. Er du?

(Kun ét kryds)

Mand

 1

Kvinde

 2

3. Hvad er din ægteskabelige stilling rent juridisk?

(Kun ét kryds)

Gift

 1 → Gå til spm. 5

Separeret/skilt

 2

Enke/enkemand

 3

Ugift

 4

Registreret partnerskab

 5 → Gå til spm. 5

4. Bor du sammen med fast samlever?

(Kun ét kryds)

Ja

 1

Nej

 2

5. Hvorledes vil du vurdere din nuværende helbredstilstand i almindelighed?

(Kun ét kryds)

Virkelig god

 1

God

 2

Nogenlunde

 3

Dårlig

 4

Meget dårlig

 5

Nu kommer der spørgsmål om Kost, Rygning, Alkohol og Motion (KRAM).

Først kommer der spørgsmål om dine kostvaner.

6. Hvor ofte plejer du at spise:

(Ét kryds i hver linie)

	Aldrig/ meget sjældent	Mindre end en gang om ugen	En gang om ugen	Et par gange om ugen	Næsten hver dag	Hver dag/ flere gange om dagen
a. Kartoffler?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
b. Groft, fiberrigt brød og gryn?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
c. Kogte, stegte eller bagte grøntsager?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
d. Salat, råkost?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
e. Frugt (f.eks. æble, banan, appelsin)?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
f. Fisk til aftensmad?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

7. Hvor ofte smører du smør, margarine, minarine eller fedt på det brød, du spiser?

(Ét kryds i hver søjle)

	Rugbrød	Franskbrød, grovbrød
Altid.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
For det meste	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
Ca. halvdelen af gangene	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
En gang imellem.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Aldrig.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
Spiser ikke rugbrød, franskbrød, grovbrød	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6

8. Står du nogensinde op om natten for at spise?

(Kun ét kryds)

Aldrig/sjældent.....	<input type="checkbox"/> 1
1-3 gange om måneden	<input type="checkbox"/> 2
1-3 gange om ugen	<input type="checkbox"/> 3
Hver nat eller næsten hver nat.....	<input type="checkbox"/> 4

De næste spørgsmål handler om rygning.

9. Ryger du?

(Kun ét kryds)

- Ja, dagligt..... 1 → Gå til spm. 17
- Ja, mindst en gang om ugen 2 → Gå til spm. 10
- Ja, mindst en gang om måneden, men ikke hver uge.. 3 → Gå til spm. 10
- Ja, sjældnere end en gang om måneden..... 4 → Gå til spm. 10
- Nej, jeg er holdt op 5 → Gå til spm. 11
- Nej, jeg har aldrig røget 6 → Gå til spm. 20

10. Hvor meget ryger du typisk pr. gang? (pr. aften, pr. begivenhed eller lignende)

(Skriv antal)

- a. Antal cigaretter pr. gang.....
- b. Antal cerutter pr. gang
- c. Antal cigarer pr. gang
- d. Antal gram pibetobak pr. gang

11. Har du tidligere røget dagligt?

(Kun ét kryds)

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 20

12. Hvor meget røg du gennemsnitligt om dagen, da du røg dagligt?

(Skriv antal)

- a. Antal cigaretter dagligt.....
- b. Antal cerutter dagligt
- c. Antal cigarer dagligt.....
- d. Antal gram pibetobak (om ugen)

13. Hvor gammel var du, da du holdt op med at ryge dagligt?

Skriv alder.....

Ved ikke.....

14. Hvad gjorde du for at holde op med at ryge?*(Gerne flere kryds)*Jeg holdt bare op..... 1Brugte nikotintyggegummi eller andre nikotinpræparater..... 1Deltog i rygestopkursus..... 1Søgte hjælp hos læge eller andet sundhedspersonale..... 1Søgte hjælp fra alternative behandlere, f.eks. akupunktur, hypnose . 1Spiste/drak i stedet for at ryge..... 1Søgte støtte fra familie og venner..... 1Gjorde andet..... 1

Skriv hvad: _____

15. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge dagligt?

Skriv alder

Ved ikke.....

16. Hvor mange år har du sammenlagt røget dagligt?

Skriv det samlede antal år

Ved ikke.....

} Gå til spm. 20

17. Hvor meget ryger du gennemsnitligt om dagen?*(Skriv antal)*

a. Antal cigaretter dagligt.....

b. Antal cerutter dagligt

c. Antal cigarer dagligt.....

d. Antal gram pipetobak (om ugen)

18. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge dagligt?

Skriv alder

Ved ikke

19. Hvor mange år har du sammenlagt røget dagligt?

Skriv det samlede antal år

Ved ikke

De næste spørgsmål handler om passiv rygning.

Man er udsat for passiv rygning, når man opholder sig i rum, hvor der ryges, eller hvor der har været røget, eller hvor der er kommet røg ind fra andre rum.

Rygere er også passive rygere, hvis de opholder sig i rum, hvor luften er blandet med røg.

20. Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt i dit barndomshjem (til du flyttede hjemmefra)?

Skriv antal år (cirka)

Har ikke været udsat for passiv rygning i barndomshjemmet

Ved ikke

21. Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt på arbejdspladsen?

Skriv antal år (cirka)

Har ikke været udsat for passiv rygning på arbejdspladsen

Ved ikke

22. Hvor mange år har du været udsat for passiv rygning dagligt eller næsten dagligt som voksen i dit eget hjem?

Skriv antal år (cirka)

Har ikke været udsat for passiv rygning som voksen i eget hjem.

Ved ikke

- 23. Hvor mange timer opholder du dig dagligt i lokaler, hvor der ryges, eller hvor røg fra andre dele af bygningen har blandet sig med luften? Det gælder også, hvis du selv er den eneste, der ryger.**

(Kun ét kryds)

- 0 timer 1
- Mindre end en ½ time 2
- ½ time - mindre end 1 time 3
- 1 - 3 timer 4
- 4 - 7 timer 5
- 8 - 15 timer 6
- 16 - 24 timer 7

De næste spørgsmål handler om alkohol.

- 24. Har du drukket alkohol inden for det seneste år?**

(Kun ét kryds)

- Ja 1 → Gå til spm. 27
- Nej 2

- 25. Har du nogensinde drukket alkohol?**

(Kun ét kryds)

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 37

- 26. Har du inden for de seneste 5 år ændret dit alkoholforbrug?**

(Kun ét kryds)

- Ja, mit forbrug er sænket 1
- Nej, det er det samme 2
- Ja, mit forbrug er øget 3
- } → Gå til spm. 34

27. Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af en uge?

Der er mulighed for at svare inden for kategorierne øl, vin, hedvin og spiritus. Start med mandag og tag en dag ad gangen.

	<i>Antal genst. Øl</i>	<i>Antal genst. Vin</i>	<i>Antal genst. Hedvin</i>	<i>Antal genst. Spiritus</i>
Mandag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tirsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Onsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Torsdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fredag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lørdag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Søndag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1 flaske øl = 1 genstand

1 flaske stærk øl = 1,5 genstand

1 flaske alkoholsodavand = 1 genstand (spiritus)

1 glas hedvin (f.eks. et glas portvin) = 1 genstand

4 cl. spiritus = 1 genstand

1 flaske vin = 6 genstande

1 glas vin = 1 genstand

28. Har du inden for de seneste 5 år ændret dit alkoholforbrug?

(Kun ét kryds)

Ja, mit forbrug er sænket 1

Nej, det er det samme 2

Ja, mit forbrug er øget 3

29. Hvor ofte drikker du alkohol (øl, vin, hedvin eller spiritus)?

(Kun ét kryds)

Mindre end 1 gang om måneden..... 1

1-3 gange om måneden 2

1-2 gange om ugen 3

3-4 gange om ugen 4

5-7 gange om ugen 5

30. Hvor stor en del af dit alkoholforbrug sker i forbindelse med måltider?*(Kun ét kryds)*

- Ikke noget af det 1
- En fjerdedel 2
- Halvdelen 3
- Tre fjerdedele 4
- Det hele 5

31. I hvilke situationer drikker du sædvanligvis alkohol?*(Gerne flere kryds)*

- Hjemme, alene 1
- Hjemme, sammen med familie eller venner 1
- På besøg hos familie eller venner 1
- Til fest 1
- På arbejde 1
- På cafe, restaurant, diskotek eller til koncert 1
- I forbindelse med fritidsaktiviteter 1
- På gaden, i en park, på stranden eller andre
udendørs steder 1

32. Hvor ofte har du inden for det seneste år ved en enkelt lejlighed drukket mere end 5 genstande?*(Kun ét kryds)*

- Ingen 1 → Gå til spm. 34
- Mindre end én gang om måneden 2
- Cirka 1-3 gange om måneden 3
- Cirka én gang om ugen 4
- Mere end én gang om ugen 5

33. Hvor ofte oplever du følgende tømmermændssymptomer efter, at du ved en enkelt lejlighed har drukket mere end 5 genstande?

(Ét kryds i hver linie)

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Næsten altid	Altid
a. Tørst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Træthed.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Hovedpine.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Svimmelhed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Ingen appetit.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Mavepine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Kvalme	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Hjertebanken.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Opkastning.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

34. Hvor gammel var du første gang, du drak så meget alkohol, at du var fuld?

Skriv alder:

Jeg kan ikke huske, hvor gammel jeg var

Jeg har aldrig været fuld

**Hvis du ikke har drukket alkohol inden for det seneste år,
gå til spørgsmål 36.**

35. De næste spørgsmål handler om dine alkoholvaner inden for det seneste år.

(Ét kryds i hver linie)

	Nej, aldrig	Sjældent	Månedligt	Ugentligt	Dagligt eller næsten dagligt
a. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne stoppe, når du først var begyndt at drikke?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne gøre det, du skulle, fordi du havde drukket?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Har du inden for det seneste år måttet have en lille én om morgenen, efter at du havde drukket meget dagen før? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Har du inden for det seneste år haft dårlig samvittighed eller fortrudt, efter at du havde drukket?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Har du inden for det seneste år oplevet, at du ikke kunne huske, hvad der skete aftenen før, fordi du havde drukket? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

36. De næste spørgsmål handler om dine alkoholvaner gennem livet.

(Ét kryds i hver linie)

- | | Nej,
aldrig | Ja, men ikke
det seneste år | Ja, inden for
det seneste år |
|--|----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| a. Er du selv eller andre nogensinde kommet til skade ved en ulykke, fordi du havde drukket? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. Har nogen i familien, en ven, en læge eller andre været bekymret over dine alkoholvaner eller foreslået dig at skære ned? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

Nu kommer der spørgsmål om, hvor fysisk aktiv du er.

37. Vi ønsker at undersøge de forskellige former for fysisk aktivitet, du udfører. Vi beder dig om at angive, hvor megen tid du har været fysisk aktiv **de seneste 7 dage**.

I hvert spørgsmål spørges til fysisk aktivitet, som du har udført i **mindst 10 minutter** ad gangen.

Aktivitetsspørgsmålene vedrører fem områder:

- 1 På arbejde
- 2 Transport
- 3 Hjem og have
- 4 Sport, motion og anden fysisk aktivitet i fritiden
- 5 Tid du har tilbragt stillesiddende

Hård fysisk aktivitet er aktivitet, som er meget fysisk anstrengende, og som får dig til at blive **meget** forpustet.

Moderat fysisk aktivitet er mindre anstrengende og får dig til at blive **lettere** forpustet.

De første spørgsmål handler om fysisk aktivitet på arbejdspladsen. Spørgsmålet inkluderer også landbrugsarbejde, frivilligt arbejde udført uden for hjemmet og aktivitet udført på studiested. Du skal ikke inkludere ulønnet arbejde i hjemmet såsom husarbejde, havearbejde eller pasning af familie. Dette bliver der spurgt om efterfølgende.

Har du for øjeblikket et arbejde eller udfører frivilligt arbejde uden for hjemmet?

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 39

38. Arbejde

Tænk på den fysiske aktivitet, du har udført **de seneste 7 dage** som en del af dit arbejde. Du skal kun medregne aktiviteter i arbejdstiden, **ikke** transport til og fra arbejde.

Angiv hvor mange dage (0-7 dage) du var fysisk aktiv, og hvor lang tid du typisk var fysisk aktiv pr. dag (timer og/eller minutter).

Hvor tit har du de seneste 7 dage i mindst 10 minutter ad gangen

	Dage pr. uge	Typisk tid pr. dag	
		Timer	Minutter
a. ...udført hård fysisk aktivitet på arbejdet? (f.eks. løftet tunge ting, gravet, lavet anlægsarbejde, gået op ad trapper eller cyklet hurtigt) ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. ...udført moderat fysisk aktivitet på arbejdet? (f.eks. båret lette genstande, malet, muret, skubbet en kørestol eller cyklet).....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. ... gået ? (som en del af dit arbejde)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

39. Transport

De næste spørgsmål handler om transport fra sted til sted, eksempelvis til og fra arbejde, indkøb mv. Her skal du **ikke** medregne transport i arbejdstiden.

Hvor tit har du de seneste 7 dage i mindst 10 minutter ad gangen

	Dage pr. uge	Typisk tid pr. dag	
		Timer	Minutter
a. ... cyklet i forbindelse med transport fra sted til sted?.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. ... gået i forbindelse med transport fra sted til sted?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. ... kørt i forbindelse med transport fra sted til sted? (f.eks. med bil, bus, tog, motorcykel eller lignende)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

40. Hjem og have

De næste spørgsmål handler om fysisk aktivitet i og omkring hjemmet, dvs. husarbejde, havearbejde, reparationer og pasning af børn og familie.

Hvor tit har du de seneste 7 dage i mindst 10 minutter ad gangen

	Dage pr. uge	Typisk tid pr. dag	
		Timer	Minutter
a. ...udført hård fysisk aktivitet i din have ? (f.eks. løftet tunge ting, hugget brænde, skovlet sne eller gravet have)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...udført moderat fysisk aktivitet i din have ? (f.eks. båret lette genstande eller revet i haven) .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ...udført moderat fysisk aktivitet i dit hjem ? (f.eks. gjort rent, udført reparationer eller passet børn)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Fritid og sport

De næste spørgsmål handler om motion, sport og anden fysisk aktivitet i fritiden. Medregn ikke aktiviteter, som du allerede har beskrevet i de foregående afsnit.

Hvor tit har du de seneste 7 dage i mindst 10 minutter ad gangen

	Dage pr. uge	Typisk tid pr. dag	
		Timer	Minutter
a. ...udført hård fysisk aktivitet i din fritid? (f.eks. lavet aerobic, løbet, spillet fodbold eller cyklet hurtigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ...udført moderat fysisk aktivitet i din fritid? (f.eks. svømmet eller cyklet i moderat tempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ... gået i din fritid? (se bort fra det du allerede har angivet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Siddende

De følgende spørgsmål handler om den tid, du sidder stille på arbejdet og i fritiden.

Hvor meget tid har du de seneste 7 dage brugt på at sidde ned...

(f.eks. ved et skrivebord, med familie eller venner, når du har læst eller set TV. Se bort fra bilkørsel og transport i bus og tog).

Typisk tid pr. dag
Timer Minutter

a. ...på hverdage?

--	--

b. ...i weekenden (lørdag/søndag)?

--	--

43. Hvis vi ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

(Kun ét kryds)

Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen 1

Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde e.l. mindst 4 timer om ugen 2

Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) 3

Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse 4

44. Ønsker du at være mere fysisk aktiv end du er?

(Kun ét kryds)

Ja 1

Ja, måske 2

Nej 3 → Gå til spm. 46

45. Hvad mener du, kommunen kan gøre for at hjælpe dig til at blive mere fysisk aktiv?

(Gerne flere kryds)

- Oplyse bedre om de muligheder, der i dag findes til borgerne i kommunen 1
- Øge antallet af idrætslokaler, haller eller motionscentre 1
- Forbedre eksisterende motions- og idrætsfaciliteter (eks. indretning af lokaler, omklædningsfaciliteter eller bedre parkeringsforhold) 1
- Lave flere cykelstier 1
- Øge den økonomiske støtte til kommunens foreninger..... 1
- Sørge for aktiviteter for både børn og voksne samme sted..... 1
- Skabe flere tilbud om motion, der tager hensyn til dårlig kondition og helbredsproblemer 1
- Skabe flere motions-events, eks. rulleskøjtøløb, familie-legedage, fredags-dans under åben himmel eller andet..... 1
- Forbedre den offentlige transport til idrætsfaciliteter og naturområder..... 1
- Lave flere motionsvenlige naturtilbud, eks. motionsstier, lysløjper, ture med naturvejleder, forhindringsbaner mv..... 1
- Jeg tror ikke, kommunen kan hjælpe mig til at blive mere fysisk aktiv 1

46a. Har du inden for det seneste år regelmæssigt dyrket nogen former for idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet?

(Kun ét kryds)

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 51

46b. Hvis ja, skriv hvilke: _____

47. Hvad er de to vigtigste årsager til, at du træner eller dyrker idræt?

(Kun to kryds)

- For at tabe mig 1
- For udseendets skyld..... 1
- For at have det sjovt 1
- For at være i form, komme i form 1
- For at være sammen med andre 1
- For at koble af 1
- For at blive bedre til min idræt 1
- For at konkurrere med andre 1
- Andet, skriv hvad: _____ 1

48. Hvor dyrker du idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet?

(Gerne flere kryds)

- Selvorganiseret (på egen hånd) - alene 1
- Selvorganiseret (på egen hånd) - sammen med andre 1
- I en forening (idrætsforening eller anden forening) 1
- I et motionscenter/fitnesscenter, danseinstitut ol. 1
- I en aftenskole 1
- På din arbejdsplads eller uddannelsesinstitution..... 1
- I et kommunalt tilbud..... 1
- Andet sted 1

49. Hvor ofte dyrker du idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet udendørs på følgende steder?

(Kun ét kryds i hver linie)

- | | Ofte | En gang imellem | Aldrig |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| I skoven, på grønne områder ol. tæt på hvor jeg bor | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| I skoven, på grønne områder ol. - mere end 2 km. fra hvor jeg bor..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| På særlig bane eller anlæg til idræt eller motion (f.eks. golf, tennis, boldspil) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| På vandet/søen eller til havs..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| På veje, gader, fortove ol. | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Andet udendørs sted | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

50. Hvor ofte dyrker du idræt, motion eller anden form for fysisk aktivitet indendørs på følgende steder?

(Kun ét kryds i hver linie)

	Ofte	En gang imellem	Aldrig
I en almindelig idrætshal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I en svømmehal.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I en hal/lokale til en bestemt idrætsgren, aktivitet mv. (f.eks. ridning, bowling, squash, skydning mv.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I en gymnastiksal eller en dansesal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
I et motions- og fitnesslokale	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Hjemme.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Andet indendørs lokale eller anlæg	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Nu har du besvaret spørgsmålene om Kost, Rygning, Alkohol og Motion. I det følgende kommer der spørgsmål om uddannelse og erhverv.

51. Hvilken skoleuddannelse har du?

(Kun ét kryds)

7 eller færre års skolegang	<input type="checkbox"/> 1
8-9 års skolegang	<input type="checkbox"/> 2
10-11 års skolegang	<input type="checkbox"/> 3
Studenter-, HF-eksamen (incl. HHX, HTX)	<input type="checkbox"/> 4

52. Har du fuldført en erhvervs- eller videregående uddannelse? (f.eks. tømrer, sygeplejerske, jurist).

(Gerne flere kryds)

Ja, jeg har fuldført en erhvervs- eller videregående uddannelse	<input type="checkbox"/> 1
Jeg er i gang med en erhvervs- eller videregående uddannelse	<input type="checkbox"/> 2
Nej	<input type="checkbox"/> 3 → Gå til spm. 57

Hvis du har fuldført en erhvervs- eller videregående uddannelse, besvar venligst nedenstående spørgsmål. Ellers gå til spørgsmål 55.

53. Hvilken erhvervs- eller videregående uddannelse har du? (sæt kryds ud for den højeste uddannelse, du har fuldført)

(Kun ét kryds)

- a. Specialarbejderuddannelse (f.eks. portør, truckfører) 1
- b. Handelsskolernes grunduddannelse (HG) eller basisår i EFG-uddannelse 2
- c. Lærlinge/EFG/HG eller elev-uddannelse (f.eks. frisør, gartner, bankuddannelse, tømrer)..... 3
- d. Anden faglig uddannelse (f.eks. lægesekretær, teknisk tegner, social- og sundhedsassistent)..... 4
- e. Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. apoteksassistent, politibetjent, datamatiker) 5
- f. Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, sygeplejerske, ergoterapeut) 6
- g. Lang videregående uddannelse, over 4 år (f.eks. læge, arkitekt, gymnasielærer) 7

54. Skriv uddannelsens navn (Ved flere uddannelser angives den højeste):

Hvis du er i gang med en erhvervs- eller videregående uddannelse, besvar venligst nedenstående spørgsmål. Ellers gå til spørgsmål 57.

55. Hvilken erhvervs- eller videregående uddannelse er du i gang med?

(Kun ét kryds)

- a. Specialarbejderuddannelse (f.eks. portør, truckfører) 1
- b. Handelsskolernes grunduddannelse (HG) eller basisår i EFG-uddannelse 2
- c. Lærlinge/EFG/HG eller elev-uddannelse (f.eks. frisør, gartner, bankuddannelse, tømrer)..... 3
- d. Anden faglig uddannelse (f.eks. lægesekretær, teknisk tegner, social- og sundhedsassistent)..... 4
- e. Kort videregående uddannelse, under 3 år (f.eks. apoteksassistent, politibetjent, datamatiker) 5
- f. Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, sygeplejerske, ergoterapeut) 6
- g. Lang videregående uddannelse, over 4 år (f.eks. læge, arkitekt, gymnasielærer) 7

56. **Skriv navnet på den uddannelse, du er i gang med:**

57. **Hvad er din erhvervmæssige stilling?**

Beskæftigede

(Kun ét kryds)

- Selvstændig erhvervsdrivende..... 1
- Lønmodtager..... 2
- Medhjælpende ægtefælle..... 3
- Anden beskæftigelse 4

Arbejdsløs

- Arbejdsløs eller under aktivering..... 5 → Gå til spm. 62

Uddannelsessøgende

- Lærling, elev 6
- Studerende 7
- Skoleelev..... 8
- } Gå til spm. 62

Pensionister

- Alderspensionist 9
- Førtidspensionist 10
- Anden form for pension 11
- Efterlønsmodtager, på overgangsydelse 12
- } Gå til spm. 62

Andre

- Hjemmearbejdende husmor, husfar 13
- Langtidssyg (3 mdr. eller mere) 14
- Værnepligtig 15
- På kontanthjælp, bistandshjælp..... 16
- Under revalidering 17
- Andet..... 18
- } Gå til spm. 62

Hvis andet, skriv hvad: _____

- 58. Skriv med dine egne ord, hvad din stillingsbetegnelse er?** (Nøjagtig angivelse: eksempelvis gårdejer ikke blot landmand – smedsvend, ikke blot smed – kontorchef i et skatteceter, ikke blot kontorchef)

Skriv hvad: _____

- 59a. Har du nogle underordnede/ansatte?**

(Kun ét kryds)

- Ja 1
 Nej 2 → Gå til spm. 60

Hvis ja:

- 59b. Hvor mange underordnede/ansatte har du?**

Skriv antal underordnede/ansatte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- 60. Hvor mange dage har du måttet blive hjemme fra arbejde på grund af sygdom, skader eller gener inden for de seneste 14 dage og inden for det seneste år?**
 (Medregn kun arbejdsdage)

(Skriv antal)

- a. Inden for de seneste 14 dage (Angiv antal arbejdsdage, 1 uge = 5 arbejdsdage).....

--	--
- b. Inden for det seneste år (1 uge = 5 arbejdsdage, 1 måned = 21 arbejdsdage).....

--	--	--	--

- 61. Har du været arbejdsløs inden for de seneste 3 år?**

(Kun ét kryds)

- Ja, 2½ år eller mere 1
 1 år eller derover, men mindre end 2½ år 2
 3 mdr. til mindre end 1 år..... 3
 Mindre end 3 mdr. 4
 Nej, jeg har ikke været arbejdsløs 5

- 62. Hvis du har en e-mail adresse, vil vi bede dig skrive den i feltet nedenfor. Hvis du ikke har e-mail eller ikke ønsker at oplyse os denne, kan du markere det.**

Din e-mail adresse giver KRAM-enheden mulighed for at kontakte dig med eventuelle yderligere spørgsmål eller senere opfølgingsundersøgelser. Din e-mail adresse vil - ligesom resten af dine svar - naturligvis blive behandlet med stor fortrolighed og vil ikke komme andre i hænde.

Skriv e-mail adresse: _____

Har ikke e-mail/ønsker ikke at afgive min e-mail adresse 1

Nu kommer der nogle spørgsmål om din højde og din vægt.

63. Hvor høj er du?

Skriv højden i cm

64. Hvor meget vejer du?

Skriv vægten i kg

65. Hvad vejede du, da du blev født?

Angiv i gram

Jeg kender ikke min nøjagtige fødselsvægt, men jeg mener, jeg vejede:

Mindre end 2500 g 1

2500-4500 g 2

Mere end 4500 g 3

Jeg ved ikke, hvad jeg vejede, da jeg blev født

De næste spørgsmål handler om dit helbred og din trivsel.

66. Føler du dig stresset i din dagligdag?

(Kun ét kryds)

Ja, ofte..... 1

Ja, af og til 2

Nej (næsten aldrig)..... 3

Ved ikke 8

- 67. De næste spørgsmål drejer sig om dine følelser og tanker inden for den seneste måned. Ved hvert spørgsmål bedes du angive, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde.**

(Et kryds i hver linie)

Hvor ofte:	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Ofte	Meget ofte
a. Er du blevet bragt ud af fatning over noget, der skete uventet?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Har du følt, at du var ude af stand til at kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Har du følt dig nervøs og "stresset"?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Har du følt dig sikker på, at du var i stand til at klare dine personlige problemer?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Har du følt, at tilværelsen formede sig efter dit hoved?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Har du oplevet, at du ikke kunne overkomme alt det, du skulle?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Har du været i stand til at håndtere dagligdagens irritationsmomenter?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Har du følt, at du havde styr på tingene?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Er du blevet vred på grund af ting, du ikke var herre over?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j. Har du følt, at vanskelighederne hobede sig så meget op, at du ikke kunne magte dem?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

- 68. Tror du, man kan gøre noget for selv at bevare et godt helbred?**

(Kun ét kryds)

Tror egen indsats er særdeles vigtig	<input type="checkbox"/> 1
Tror egen indsats er vigtig	<input type="checkbox"/> 2
Tror egen indsats er af nogen betydning.....	<input type="checkbox"/> 3
Tror ikke på egen indsats	<input type="checkbox"/> 4

69a. Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse? (Med langvarig menes mindst seks måneder)

(Kun ét kryds)

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 70

69b. Hvis ja, hvilke sygdomme eller lidelser har du?

Skriv hvilken sygdom: _____

Skriv hvilken sygdom: _____

Skriv hvilken sygdom: _____

Skriv hvilken sygdom: _____

70. For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere.

(Ét kryds i hver linie)

	Ja, jeg har den nu	Ja, jeg haft den tidligere	Nej, jeg har aldrig haft den
a. Astma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Allergi (ikke astma)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Blodprop i hjertet eller hjertekrampe.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Hjerneblødning, blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Kronisk bronkitis, emfysem (for store lunger, rygerlunger)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Slidgigt, leddegigt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Osteoporose (knogleskørhed).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Migræne eller hyppig hovedpine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Kronisk angst eller depression	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. Anden psykisk lidelse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. Rygsygdom	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
m. Problemer med at holde på vandet (inkontinens).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

71. Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?

(Ét kryds i hver linie)

	Ja, meget generet	Ja, lidt generet	Nej
a. Smerter eller ubehag i led og/eller muskler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Hovedpine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Ængstelse, nervøsitet, uro eller angst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Træthed	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Mavesmerter, ondt i maven	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
h. Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Eksem, hududslet, kløe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
j. Forkølelse, snue, hoste.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
k. Åndedrætsbesvær, forpustethed.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
l. Smerter eller ubehag ved hjertet, smerter i brystet	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

72. Har du inden for de seneste 14 dage taget nogen af de følgende former for receptmedicin eller håndkøbsmedicin?

(Gerne flere kryds)

	Ja, receptmedicin	Ja, håndkøbsmedicin
a. Hostemedicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
b. Astmamedicin.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
c. Blodtrykssænkende medicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
d. Hjertemedicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
e. Hudlægemiddel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
f. Smertestillende medicin mod besvær i muskler, knogler, sener eller led.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
g. Anden form for smertestillende medicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
h. Sovemedicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
i. Afføringsmidler	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
j. Nervemedicin, beroligende medicin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
k. Penicillin eller anden form for antibiotikum	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
l. Notér andet: _____		

73. Har du nogensinde fået at vide af en læge, at du havde sukkersyge/diabetes?

(Kun ét kryds)

- Ja 1
- Nej 2 → Gå til spm. 76

74. Hvor gammel var du, da en læge fortalte dig, at du havde sukkersyge/diabetes?

Skriv alder

75. Hvilken behandling får du nu for din sukkersyge/diabetes?*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja	Nej
a. Diæt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Motion	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Tabletter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Insulin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Ingen behandling	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

76. Har dine forældre eller søskende haft et eller flere af følgende helbredsproblemer?
(Spørgsmålet handler om dine biologiske forældre eller helsøskende)*(Gerne flere kryds i hver linie)*

	Mor	Far	Helsøskende	Nej
a. Sukkersyge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
b. Blodprop i hjertet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
c. Hjerneblødning/blodprop i hjernen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
d. Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
e. Kræft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
f. Kraftig overvægt.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
g. Hoftebrud efter 50-års alderen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

**De næste spørgsmål er kun til kvinder.
Er du mand, så gå til spørgsmål 87.**

De følgende spørgsmål handler om fødsler og hormonbehandling.

77. Er du gravid eller har du født inden for det seneste halve år?*(Ét kryds i hver linie)*

	Ja	Nej
Jeg er gravid nu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
Jeg har født inden for det seneste halve år	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

78. Hvor mange gange har du født?

Skriv antal gange

Har ikke født.....

 1 → Gå til spm. 80

79. Hvor gammel var du, da du fødte første gang?

Skriv alder

80. Er du eller har du været i overgangsalderen?

(Overgangsalderen er den periode, hvor menstruationerne ophører, og kvindens fødedygtige periode afsluttes)

(Kun ét kryds)

Ja

 1

Nej

 2 → Gå til spm. 86

Ved ikke

 8**81. Er dine menstruationer holdt op?**

(Kun ét kryds)

Ja

 1

Nej

 2 → Gå til spm. 83

Ved ikke

 8 → Gå til spm. 83**82. Hvor gammel var du sidst, du havde menstruation?**

Skriv alder (cirka).....

Ved ikke

83. Er du, eller har du været, i hormonbehandling i forbindelse med eller efter overgangsalderen? (ikke p-piller)

(Kun ét kryds)

Nej, jeg har aldrig været i hormonbehandling.....

 1 → Gå til spm. 86

Ja, jeg har tidligere været i hormonbehandling.....

 2

Ja, jeg er for tiden i hormonbehandling

 3**84. Hvor gammel var du, da du første gang fik hormonbehandling? (ikke p-piller)**

Angiv alder

85. Hvor mange år har du fået hormonbehandling? (ikke p-piller)

Angiv antal hele år

86. Har din mor eller søster nogensinde haft brystkræft?*(Kun ét kryds)*

- Ja 1
- Nej 2
- Ved ikke 8

**De næste to spørgsmål er kun til personer på 50 år eller derover.
Er du under 50 år, gå til spørgsmål 91.**

87. Hvor ofte er du faldet inden for de seneste 12 måneder?

- Skriv antal gange.....
- Er ikke faldet inden for de seneste 12 måneder 1

88. Er din legemshøjde blevet mindre, siden du var 25 år?*(Kun ét kryds)*

- Ja 1
- Nej 2
- Ved ikke 8

**De næste to spørgsmål er kun til personer på 60 år eller derover.
Er du under 60 år, gå til spørgsmål 91.**

89. Kan du normalt uden besvær, med lidt besvær, med meget besvær eller slet ikke gøre følgende?*(Ét kryds i hver linie)*

- | | Ja,
uden
besvær | Ja, med
lidt
besvær | Ja, med
meget
besvær | Nej,
slet
ikke |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Læse en almindelig avistekst?
(evt. med briller, hvis det normalt bruges) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| b. Høre, hvad der bliver sagt under en
normal samtale mellem 3 eller flere personer?
(evt. med høreapparat, hvis det normalt bruges) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| c. Gå 400 meter uden at hvile? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| d. Gå op eller ned ad en trappe fra en
etage til en anden uden at hvile? | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| e. Bære 5 kg? (f.eks. indkøbsposer)..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |

90. Kan du uden besvær, med besvær, med hjælp eller slet ikke?

(Ét kryds i hver linie)

	Ja, uden besvær	Ja, med lidt besvær	Ja, men jeg behø- ver hjælp	Kan ikke selv om jeg får hjælp
a. Klæde dig på og tage sko på?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Komme i og ud af sengen?.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Rejse med bus eller tog?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

De næste spørgsmål handler om din kontakt med sundhedsvæsenet.

91. Har du inden for de seneste 3 måneder været i kontakt med en læge på grund af gener, sygdom eller skade? (Du skal kun medregne kontakter på grund af egen sygdom – ikke børns sygdom)

(Ét kryds i hver linie)

	Ja	Nej
a. Egen praktiserende læge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Vagtlæge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Praktiserende speciallæge.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Skadestue	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Hospitalsambulatorium.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Indlagt på hospital.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

92. Har du inden for de seneste 3 måneder gjort brug af nogen af følgende andre behandlere? (Spørgsmålet omfatter ikke alternative behandlere)

(Ét kryds i hver linie)

	Ja	Nej
a. Tandlæge	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
b. Hjemmesygeplejerske	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
c. Fysioterapeut.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
d. Kiropraktor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
e. Psykolog.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
f. Anden behandler inden for sundhedsvæsenet.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

De næste spørgsmål drejer sig om sovevaner.

93. Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

(Kun ét kryds)

Ja, som regel 1

Ja, men ikke tit nok 2

Nej, aldrig (næsten aldrig) 3

94. Hvornår går du normalt i seng på hverdage? (Skriv f.eks. 22:15)

Klokken..... :

95. Hvornår står du normalt op om morgenen på hverdage? (Skriv f.eks. 07:15)

Klokken..... :

96. Hvor tit sover du dårligt og uroligt?

(Kun ét kryds)

Hver nat eller næsten hver nat 1

Flere gange om ugen 2

Flere gange om måneden 3

Flere gange om året..... 4

Aldrig..... 5

97. Hvor tit har du svært ved at falde i søvn?

(Kun ét kryds)

Hver aften eller næsten hver aften..... 1

Flere gange om ugen 2

Flere gange om måneden 3

Flere gange om året..... 4

Aldrig..... 5

98. Hvor tit vågner du flere gange om natten og har svært ved at falde i søvn igen?*(Kun ét kryds)*

- Hver nat eller næsten hver nat..... 1
- Flere gange om ugen 2
- Flere gange om måneden 3
- Flere gange om året..... 4
- Aldrig..... 5

99. Hvor tit vågner du for tidligt om morgenen?*(Kun ét kryds)*

- Hver morgen eller næsten hver morgen 1
- Flere gange om ugen 2
- Flere gange om måneden 3
- Flere gange om året..... 4
- Aldrig..... 5

De næste spørgsmål handler om din kontakt med andre mennesker.

100. Hvor ofte træffer du familie, venner og bekendte? ("Træffer" omfatter kun personlig kontakt. Ikke telefonkontakt. Familie omfatter i denne forbindelse den del af familien, du ikke bor sammen med)*(Ét kryds i hver søjle)*

- | | Familie | Venner og bekendte |
|------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Dagligt eller næsten dagligt | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| 1 eller 2 gange om ugen..... | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 1 eller 2 gange om måneden..... | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Sjældnere..... | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Aldrig..... | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |

101. Hvor ofte har du kontakt med familie og venner og bekendte, uden at du ser dem (f.eks. telefon, breve, e-mail, sms)?

(Ét kryds i hver søjle)

	Familie	Venner og bekendte
Dagligt eller næsten dagligt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
1 eller 2 gange om ugen.....	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
1 eller 2 gange om måneden.....	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
Sjældnere.....	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
Aldrig.....	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5

102. Hvis du bliver syg og har brug for hjælp til praktiske problemer, kan du da regne med at få hjælp fra andre? (Andre = personer du ikke bor sammen med)

(Kun ét kryds)

Ja, helt sikkert	<input type="checkbox"/> 1
Ja, måske.....	<input type="checkbox"/> 2
Nej	<input type="checkbox"/> 3

103. Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du egentlig havde mest lyst til at være sammen med andre?

(Kun ét kryds)

Ja, ofte.....	<input type="checkbox"/> 1
Ja, en gang imellem.....	<input type="checkbox"/> 2
Ja, men sjældent.....	<input type="checkbox"/> 3
Nej	<input type="checkbox"/> 4

104. Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller har brug for støtte?

(Kun ét kryds)

Ja, altid	<input type="checkbox"/> 1
Ja, for det meste	<input type="checkbox"/> 2
Ja, nogen gange.....	<input type="checkbox"/> 3
Nej, aldrig eller næsten aldrig	<input type="checkbox"/> 4

105. Er der nogen i din familie eller blandt dine venner, der kræver for meget af dig i din hverdag?

(Kun ét kryds)

- Ja, altid 1
- Ja, for det meste 2
- Ja, nogen gange 3
- Nej, aldrig eller næsten aldrig..... 4

Det næste spørgsmål vedrører dit seksualliv. Du kan markere, hvis du ikke ønsker at svare på dette spørgsmål.

106. I hvor høj grad har du inden for det seneste år fået dækket dit seksuelle behov?

(Kun ét kryds)

- Fuldstændigt..... 1
- Næsten fuldstændigt..... 2
- Delvist 3
- Lidt..... 4
- Slet ikke 5
- Har ikke haft seksuelle behov inden for det seneste år 6
- Ved ikke 8
- Ønsker ikke at svare 9

De sidste spørgsmål handler om dine forældres stillingsbetegnelse, da du var i 14 års alderen, og om hvor du er født.

107. Hvad var din fars (evt. mors nye ægtefælles/samlevers) stillingsbetegnelse, da du var i 14 års alderen?

Skriv: _____

108. Hvad var din mors (evt. fars nye ægtefælles/samlevers) stillingsbetegnelse, da du var i 14 års alderen?

Skriv: _____

109a. Er du født i Danmark?

- Ja 1 → Gå til spm. 110a
 Nej 2

109b. Hvis nej:

Hvor er du født? _____

109c. Hvornår flyttede du til Danmark?

Skriv årstal

--	--	--	--

110a. Er dine forældre født i Danmark?

(Adoptivbørn skal svare ud fra deres danske familieforhold)

(Kun ét kryds)

- Ja, begge..... 1 → Gå til spm. 111
 Nej, kun den ene forælder 2
 Nej, ingen af forældrene..... 3

110b. Hvis nej:**Hvor er dine forældre født?**

(Adoptivbørn skal svare ud fra deres danske familieforhold)

Mors fødeland: _____

Fars fødeland: _____

111. Er der i øvrigt noget du ønsker at tilføje?

Tak for at du ville medvirke