

HÄLSA, ÄRFTLIGHET OCH INLEDANDE FRÅGOR KRING LEVNADSVANOR

Namn _____ Personnummer _____

När du fyller i enkäten behöver du inte ta hänsyn till . Den är till för vårdpersonal.

HÄLSA

1. Hur bedömer du ditt allmänna hälsotillstånd?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dåligt
- ☐ Mycket dåligt

2. Hur tycker du att din tandhälsa är?

- ☐ Mycket bra
- ☐ Bra
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dålig
- ☐ Mycket dålig

3. Borstar du tänderna?

- ☐ Ja, jag borstar tänderna med fluortandkräm
- ☐ Ja, jag borstar tänderna med tandkräm utan fluor
- ☐ Nej, jag borstar inte tänderna

a. Om ja, hur ofta borstar du tänderna?

- ☐ Varje dag
_____ gånger per dag
- ☐ Varje vecka
_____ gånger per vecka
- ☐ Mer sällan än en gång i veckan

4. Använder du tandtråd, tandsticka eller mellanrumstandborste?

- ☐ Ja
 - ☐ Nej
 - a. Om ja, hur ofta använder du tandtråd, tandsticka eller mellanrumstandborste?
- ☐ Varje dag
_____ gånger per dag
 - ☐ Varje vecka
_____ gånger per vecka
 - ☐ Mer sällan än en gång i veckan

Har läkare konstaterat att du har, eller har haft något av följande:

5. Högt blodtryck?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, behandlas du för högt blodtryck?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, med kost
- ☐ Ja, med fysisk aktivitet
- ☐ Ja, med läkemedel
- ☐ Vet inte

6. Höga blodfetter? ♥

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, behandlas du för höga blodfetter?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, med kost
- ☐ Ja, med fysisk aktivitet
- ☐ Ja, med läkemedel
- ☐ Vet inte

7. Diabetes? ♥

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, vid vilken ålder fick du diabetes?

_____ år

b. Om ja, behandlas du för diabetes?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, med kost
- ☐ Ja, med fysisk aktivitet
- ☐ Ja, med läkemedel
- ☐ Vet inte

8. Har du någon gång fått diagnosen graviditetsdiabetes?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte
- ☐ Inte aktuellt

9. Har du, eller har du haft, besvär av smärtor, stickningar eller ont i bröstet när du har ansträngt dig fysiskt?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, hur lång tid behövde du vila för att besvären skulle gå över?

- ☐ Mindre än 10 minuter
- ☐ 10–30 minuter
- ☐ Mer än 30 minuter
- ☐ Besvären gick inte över enbart med vila

10. Har du någon gång haft svår smärta i bröstet som varat i en halvtimme eller mer?

- ☐ Ja
- ☐ Nej

Har läkare konstaterat att du har, eller har haft någon av följande sjukdomar:

Du kan ange flera alternativ.

11. Hjärtinfarkt? ♥

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, vid vilken ålder hade du (din första) hjärtinfarkt?

_____ år

b. Om ja, har du behandling efter din hjärtinfarkt?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, med kost
- ☐ Ja, med fysisk aktivitet
- ☐ Ja, med tobaksstopp
- ☐ Ja, med läkemedel
- ☐ Jag har deltagit i hjärnskola
- ☐ Vet inte

12. Stroke? ♥

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, vid vilken ålder hade du (din första) stroke?

_____ år

b. Om ja, har du behandling efter din stroke?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Nej
- ☐ Ja, med kost
- ☐ Ja, med fysisk aktivitet
- ☐ Ja, med tobaksstopp
- ☐ Ja, med läkemedel
- ☐ Jag har deltagit i hjärnskola/strokeskola
- ☐ Vet inte

13. Har du någon annan långvarig sjukdom? ♥

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

a. Om ja, vilken eller vilka sjukdomar?

14. Har någon märkt att du har andningsuppehåll under sömn?

- ☐ Ja
- ☐ Nej
- ☐ Vet inte

ÄRFTLIGHET

Följande frågor handlar om sjukdomar hos dina biologiska (genetiska) släktingar.

15. Hur många av dina föräldrar och/eller syskon har eller har haft diabetes? ♥

- ☐ Ingen
- ☐ 1
- ☐ 2 eller fler
- ☐ Vet inte

16. Har du en pappa, bror eller son som har, eller har haft, någon hjärt-kärlsjukdom?

- ☐ Nej
- ☐ Vet inte
- ☐ Ja

Om ja, vad av följande?

a. Hjärtinfarkt? ♥

	Nej	Vet inte	Ja	
Pappa	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder
Bror/son	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder

b. Stroke? ♥

	Nej	Vet inte	Ja	
Pappa	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder
Bror/son	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder

17. Har du en mamma, syster eller dotter som har, eller har haft, någon hjärt-kärlsjukdom?

- ☐ Nej
- ☐ Vet inte
- ☐ Ja

Om ja, vad av följande?

a. Hjärtinfarkt? ♥

	Nej	Vet inte	Ja	
Mamma	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder
Syster/dotter	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder

b. Stroke? ♥

	Nej	Vet inte	Ja	
Mamma	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder
Syster/dotter	☐	☐	☐	Vid _____ års ålder

LEVNADSVANOR

18. Har du det senaste året ändrat någon av dina levnadsvanor (fysisk aktivitet, matvanor, alkoholvanor eller tobaksvanor)?

- ☐ Nej
- ☐ Ja

a. Fysisk aktivitet

- ☐ Ökat min fysiska aktivitet
- ☐ Minskat min fysiska aktivitet
- ☐ Inte ändrat min fysiska aktivitet

b. Matvanor

- ☐ Förbättrat mina matvanor
- ☐ Försämrat mina matvanor
- ☐ Inte ändrat mina matvanor

c. Alkoholvanor

- ☐ Minskat min alkoholkonsumtion
- ☐ Slutat dricka alkohol
- ☐ Ökat min alkoholkonsumtion
- ☐ Inte ändrat mina alkoholvanor

d. Tobaksvanor

Du kan välja flera alternativ.

- ☐ Slutat röka
- ☐ Börjat röka
- ☐ Slutat snusa
- ☐ Börjat snusa
- ☐ Inte ändrat mina tobaksvanor