

VILJEINRIKTNING

Namn _____ Personnummer _____

1. Hur väl stämmer följande påstående: "Jag upplever att jag kan påverka min hälsa"

- ☐ Stämmer bra
- ☐ Stämmer ganska bra
- ☐ Stämmer inte så bra
- ☐ Stämmer inte alls

2. Vilken eller vilka av dina levnadsvanor är du mest nöjd med?

Du kan ange flera alternativ.

- ☐ Fysisk aktivitet
- ☐ Matvanor
- ☐ Alkoholvanor
- ☐ Tobaksvanor
- ☐ Stress
- ☐ Sömnvanor
- ☐ Annan

- ☐ Ingen

3. Vilken eller vilka av dina levnadsvanor vill du helst förändra?

Du kan ange upp till två alternativ.

- ☐ Fysisk aktivitet
- ☐ Matvanor
- ☐ Alkoholvanor
- ☐ Tobaksvanor
- ☐ Stress
- ☐ Sömnvanor
- ☐ Ingen
- ☐ Annan levnadsvana

a. Utifrån den eller de levnadsvanor som du svarade på fråga 3, hur viktigt på en skala 1–10, är det för dig att förändra denna/dessa? (1 är ”inte alls viktigt” och 10 är ”mycket viktigt”)

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Ej aktuellt

b. Utifrån den eller de levnadsvanor som du svarade på fråga 3, hur säker på en skala 1–10, är du på att klara av att förändra denna/dessa om du har bestämt dig? (1 är ”inte alls säker” och 10 är ”mycket säker”)

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Ej aktuellt

c. Utifrån den eller de levnadsvanor som du svarade på fråga 3, hur beredd är du på en skala 1–10 på att förändra den/dessa nu? (1 är ”inte alls beredd” och 10 är ”mycket beredd”.)

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Levnadsvana: _____ Siffra: _____

☐ Ej aktuellt

4. I allmänhet hur viktigt är det för dig att bibehålla dina levnadsvanor? (skala 1–10, där 1 är ”inte alls viktigt” och 10 är ”mycket viktigt”)

☐ Siffra: _____

TIDIGARE HÄLSOSAMTAL

5. Har du tidigare varit på hälsosamtal?

☐ Ja

☐ Nej

☐ Vet inte

a. Om ja, var hölls hälsosamtalet? Du kan ange flera alternativ.

☐ Vårdcentral

☐ Barnhälsovården

☐ Annan mottagning: _____