

Dato: _____ Navn: _____ Fødselsår: _____

Kvinne Mann Annet

NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

FYSISK AKTIVITET/MOSJON

Aldri Sjeldnere enn én gang i uka En gang i uka 2-3 ganger i uka Omtrent hver dag

Tar det rolig uten å bli andpusten og svett Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett Tar meg nesten helt ut

Mindre enn 15 minutter 15-29 minutter 30 min. – 1 time Mer enn 1 time

Ja Nei

Antall timer: _____

Antall timer: _____

8. Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

9. Dersom du har økt aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være regelmessig fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

| | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> | 7 <input type="checkbox"/> | 8 <input type="checkbox"/> | 9 <input type="checkbox"/> | 10 <input type="checkbox"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

KOSTHOLD

10. Måltidsrytme

Omtrent når spiser du vanligvis hovedmåltider? Sett ett kryss for hvert hovedmåltid. Med «hovedmåltid» mener vi mat og drikke som gir deg energi og protein og andre næringsstoffer i samme måltid (som f. eks. brød med pålegg eller melk og korn).

Ca. kl.

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 02 | <input type="checkbox"/> 03 | <input type="checkbox"/> 04 | <input type="checkbox"/> 05 | <input type="checkbox"/> 06 | <input type="checkbox"/> 07 | <input type="checkbox"/> 08 | <input type="checkbox"/> 09 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 |

Omtrent når spiser du vanligvis mellommåltider? Sett ett kryss for hvert mellommåltid. Inntak av snacks, godteri og/eller frukt/grønnsaker defineres ikke som et hovedmåltid, men som et «mellommåltid».

Ca. kl.

| | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 01 | <input type="checkbox"/> 02 | <input type="checkbox"/> 03 | <input type="checkbox"/> 04 | <input type="checkbox"/> 05 | <input type="checkbox"/> 06 | <input type="checkbox"/> 07 | <input type="checkbox"/> 08 | <input type="checkbox"/> 09 | <input type="checkbox"/> 10 | <input type="checkbox"/> 11 | <input type="checkbox"/> 12 |
| <input type="checkbox"/> 13 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 16 | <input type="checkbox"/> 17 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 20 | <input type="checkbox"/> 21 | <input type="checkbox"/> 22 | <input type="checkbox"/> 23 | <input type="checkbox"/> 24 |






11. Hvor mye drikker du vanligvis av følgende per dag? (1 glass = 1,5 dl)

| | Aldri/sjelden | Mindre enn 1 glass | 1 - 3 glass | 4 - 6 glass | Mer enn 6 glass |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Vann | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Helmelk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lett, ekstra lett, skummet melk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Juice | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Søtet drikke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kunstig søtet drikke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Hvor ofte spiser du følgende matvarer i løpet av en uke?

| | Aldri/sjelden | Mindre enn 1 gang pr. uke | 1 - 3 ganger pr. uke | 4 - 6 ganger pr. uke | 1 gang pr. dag | 2 ganger eller flere pr. dag |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Grønnsaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frukt og bær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fint brød/ rundstykke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grovbrød/ knekkebrød | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ost | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fisk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kjøtt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Snacks/kaker/ godteri/søt kjeks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tran/omega 3 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

13. Hvor stor del av et vanlig middagsmåltid inneholder grønnsaker?

- Bruker ikke grønnsaker Mindre enn 1/3  Omtrent 1/2 
- Mindre enn 1/4  Omtrent 1/3  Mer enn 1/2 

14. Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Dersom du har gjort sunne endringer i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TOBAKK

16. Røyker du?

- Ja, daglig Ja, av og ti Nei, har aldri røykt Nei, har sluttet

17. Bruker du snus?

- Ja, daglig Ja, av og ti Nei, har aldri brukt snus Nei, har sluttet

18. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

Hvor viktig er det for deg å være røykfri?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hvor viktig er det for deg å være snusfri?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du har sluttet å røyke: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være røykfri?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du har sluttet å snuse: Hvor stor tro har du på at du kan fortsette å være snusfri?

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

SØVN

20. Har du ofte (dvs. mer enn 3 ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natta?

- Ja Nei

21. Hvis ja: Opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

- Ja Nei

ALKOHOL

22. Hvor ofte drikker du alkohol?

- Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uka 4-6 ganger i uka Daglig

23. Hvor mange glass (alkoholenheter) drikker du på en typisk dag når du drikker alkohol?

Antall glass (alkoholenheter): _____

En alkoholenhet er:



eller



eller



eller



33 cl øl/rusbrus

12-15 cl vin

8 cl hetvin

4 cl brennevin

24. Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholforbruk som ikke går utover helsen din?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan redusere alkoholforbruket ditt?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dersom du har klart å redusere alkoholforbruket ditt: Hvor stor tro har du på at du klarer å fortsette med det?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

HØYDE, VEKT OG MIDJE

26.

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg Midje: _____ cm (hvis aktuelt: måles av veileder ved frisklivssentralen)

SOSIAL STØTTE

27. Har du venner/familie som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

28. Har du venner/familie som du kan snakke trygt og fortrolig med?

Ja Nei

MEDISINBRUK

29. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?

Ja Nei

Hvis ja, for hva? _____

30. Har du redusert medisinbruken i løpet av frisklivsperioden?

Ja Nei

Hvis ja, for hva?

31. Hva er din arbeidsstatus i dag?

I jobb/yrkesaktiv _____% Sykemeldt _____%

NAV-stønad _____% type stønad: _____

Pensjonist _____% Student/skoleelev _____%

Annet (spesifiser) _____






FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

32. For å kunne følge din generelle helsetilstand, trenger vi å vite hvordan du har det. Vi ber deg derfor svare på spørsmålene A til F nedenfor. Sett kryss til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

A. FYSYSK FORM

De siste 2 uker:






Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/ kunne greid i minst to minutter?

| | | |
|--|---|----------------------------|
| MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| TUNGT (f.eks.) Jogge i rolig tempo |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte – eller kan ikke gå |  | 5 <input type="checkbox"/> |

B. FØLELSESMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker:






Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

| | | |
|----------------------|---|----------------------------|
| Ikke i det hele tatt |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Bare litt |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| Til en viss grad |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| En god del |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Svært mye |  | 5 <input type="checkbox"/> |

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker:

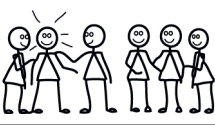

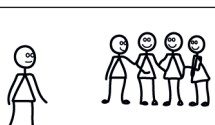
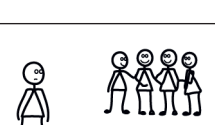

Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

| | | |
|------------------------------|---|----------------------------|
| Ikke vansker i det hele tatt |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Bare lette vansker |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| Til en viss grad |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| En god del vansker |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Har ikke greid noe |  | 5 <input type="checkbox"/> |

D. SOSIALE AKTIVITETER

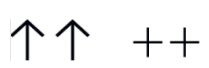
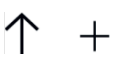



De siste 2 uker:

Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

| | | |
|----------------------|---|----------------------------|
| Ikke i det hele tatt |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Bare litt |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| Til en viss grad |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| Ganske mye |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| I svært stor grad |  | 5 <input type="checkbox"/> |

E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE






Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

| | | |
|--------------------|---|----------------------------|
| Mye bedre |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| Litt bedre |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| Omtrent uforandret |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| Litt verre |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Mye verre |  | 5 <input type="checkbox"/> |

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker:

Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i allminnlighet?

| | | |
|-------------------------|---|----------------------------|
| Svært god |  | 1 <input type="checkbox"/> |
| God |  | 2 <input type="checkbox"/> |
| Verken god eller dårlig |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| Dårlig |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| Meget dårlig |  | 5 <input type="checkbox"/> |

MÅL OG PLANER

33. I hvilken grad har du oppnådd ditt/dine mål for deltakelse på frisklivssentralen?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er jeg har ikke oppnådd noen av mine mål og 10 er jeg har oppnådd alle mine mål

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Hva er ditt/dine mål og planer fremover?

35. Hva skal til for at du når målene dine?

TILLEGGSOPPLYSNINGER

36. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer
