

Dato: \_\_\_\_\_ Navn: \_\_\_\_\_ Fødselsår: \_\_\_\_\_

 Kvinne  Mann  AnnetHenvist av: \_\_\_\_\_ Tatt kontakt selv Behov for tolk?  Ja  Nei På hvilket språk? \_\_\_\_\_**1. Har du brukt frisklivssentralens tilbud tidligere?** Ja Antall oppfølgingsperioder: \_\_\_\_\_  Nei

Hvis ja, når avsluttet du din siste oppfølgingsperiode (oppgi i tall)? Måned: \_\_\_\_ \_\_\_\_ År: 20\_\_\_\_

**2. Årsaker til deltakelse på frisklivssentralen (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig):** Overvekt  Fysisk inaktivitet  Kostholdsending  Muskel-/skjelettplager  Psykiske plager  
 Ensomhet  Søvnvansker  Snus- og røykeslutt  Alkoholvaner**3. Har du andre plager eller sykdommer (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig)?** Muskel/skjelettlidelse  Psykisk lidelse  Diabetes  Høyt blodtrykk  Hjerte-/karsykdommer  
 Lungesykdom  Kreftsykdom  Annet (hva?) \_\_\_\_\_**4. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?** Nei  Ja Hvis ja, for hva? \_\_\_\_\_

## NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

## FYSISK AKTIVITET/MOSJON

**5. Hvor ofte driver du mosjon?** Med «mosjon» mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer, danser eller driver trening/idrett. Ta et gjennomsnitt. Aldri  Sjeldnere enn én gang i uka  En gang i uka  2-3 ganger i uka  Omtrent hver dag**6. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du?**

Ta et gjennomsnitt.

 Tar det rolig uten å bli andpusten og svett  Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett  Tar meg nesten helt ut**7. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor lenge holder du på hver gang?**

Ta et gjennomsnitt.

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

**8. Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida?**

Ja  Nei

**9. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både arbeid og fritid.**

Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: \_\_\_\_\_

**10. Omtrent hvor mye mosjon får du gjennom daglige gjøremål? (Hverdagsaktivitet som for eksempel å gå trapper, hus- og hagearbeid, lek med barn, handling etc.) Avrund til nærmeste antall hele timer.**

Antall timer: \_\_\_\_\_

**11. Hvilke aktiviteter liker du eller kunne du tenke deg å drive med?**

---

---

---

---

---

**12. 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"/> |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|

**13. Dersom du ønsker endring i aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan bli mer fysisk aktiv og komme i bedre form?**

|                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                            |                             |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| 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

**14. 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 |






**15. 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"/> |

**16. Hvor ofte spiser du følgende mat pr. 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"/>     |

**17. 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 

**18. 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

**19. Dersom du ønsker endring i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du kan få et sunnere kosthold?**

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**

**20. Røyker du?**

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

**21. Bruker du snus?**

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

**22. 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

**23. 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 slutte å røyke?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan slutte å snuse?

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

## SØVN

**24. 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

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

Ja  Nei

## ALKOHOL

**26. Hvor ofte drikker du alkohol?**

Aldri  Månedlig eller sjeldnere  2-4 ganger i måneder  
 2-3 ganger i uke  4-6 ganger i uke  Daglig

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

Antall glass (alkoholenheter): \_\_\_\_\_

Én alkoholenhet er:



eller



eller



eller



33 cl øl/rusbrus

12-15 cl vin

8 cl hetvin

4 cl brennevin

**28. 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

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

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

## HØYDE, VEKT OG MIDJE

**30.**

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

## SOSIAL STØTTE

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

Ja  Nei

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

Ja  Nei






## FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

33. 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.)<br>Løpe fort                      |    | 1 <input type="checkbox"/> |
| TUNGT (f.eks.)<br>Jogge i rolig tempo                  |   | 2 <input type="checkbox"/> |
| MODERAT (f.eks.)<br>Gå i raskt tempo                   |  | 3 <input type="checkbox"/> |
| LETT (f.eks.)<br>Gå i vanlig tempo                     |  | 4 <input type="checkbox"/> |
| MEGET LETT (f.eks.)<br>Gå sakte<br>– 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:



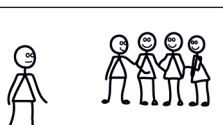
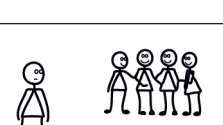

Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

|                              |   |                            |
|------------------------------|---|----------------------------|
| 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

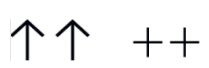
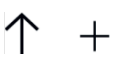



De siste 2 uker:

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

### 34. Hva er ditt/dine mål med å delta på frisklivssentralen?

---

---

---

---

---

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

---

---

---

---

---

## BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

### 36. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Ikke fullført grunnskole       Grunnskole       Videregående skole  
 Høgskole eller universitet, inntil 3 år       Høgskole eller universitet, mer enn 3 år

### 37. Hva er din arbeidsstatus i dag?

- I jobb/yrkesaktiv \_\_\_\_\_%       Sykemeldt \_\_\_\_\_%  
 NAV-stønad \_\_\_\_\_% type stønad: \_\_\_\_\_  
 Pensjonist \_\_\_\_\_%       Student/skoleelev \_\_\_\_\_%  
 Annet (*spesifiser*) \_\_\_\_\_

## TILLEGGSOPPLYSNINGER

### 38. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer:

---

---

---

---

---