

Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper at du også vil fylle ut dette spørreskjemaet som går litt mer i dybden angående ulike sykdommer, plager, livssituasjon og aktiviteter. Du kan lese mer om HUNT4 i informasjonsbrosjyren du fikk i posten, eller på <http://hunt4.no>.

- VENNLIGST Fyll ut SKJEMAET
- LEGG DET I SVARKONVOLUTTEN
- POST DET SNAREST MULIG
- PORTO ER BETALT

Vennlig hilsen  
Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag  
Telefon 74 07 51 80 / e-post [hunt@medisin.ntnu.no](mailto:hunt@medisin.ntnu.no)

### LES DETTE FØR DU STARTER

Skjemaet skal leses maskinelt.  
Følg derfor disse instruksjonene:

- Bruk svart/blå kulepenn eller en god blyant.
- Kryss av slik:
- Krysser du feil, fyller du hele feltet med farge, slik:  Sett så kryss i rett felt.
- Sett bare ett kryss for hvert spørsmål om ikke annet er oppgitt.
- Bruk hele tall når du fyller inn antall år eller antall ganger, slik:

## VENNER OG FAMILIE

- 1 Har du noen som kan gi deg hjelp når du trenger det?** Nei Ja
- 

**HVIS JA:**

Hvem kan gi deg hjelp? (Flere kryss mulig)

Venner  Familie  Naboer

- 2 Har du noen som du kan snakke fortrolig med?** Nei Ja
- 

**HVIS JA:**

Hvem kan du snakke fortrolig med? (Flere kryss mulig)

Venner  Familie  Naboer

## DITT NÆRMILJØ/NABOLAG

- 3 Jeg føler et sterkt fellesskap med de som bor her** (Sett ett kryss)

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

- 4 Man kan ikke stole på hverandre her** (Sett ett kryss)

Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig





- 5 Folk trives godt her** (Sett ett kryss)
- Helt enig  Delvis enig  Usikker  Delvis uenig  Helt uenig

## KOSTHOLD

- 6 Hvor ofte spiser du vanligvis disse måltidene?** (Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/aldri	1-2 ganger per uke	3-6 ganger per uke	Hver dag
Frokost .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formiddagsmat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Middag .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kveldsmat .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet måltid .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nattmat (kl. 24-06)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 7 Hvor mange skiver brød/knekkebrød spiser du vanligvis?** (Sett ett kryss per linje)

Type brød/knekkebrød	0-1 per dag	2-3 per dag	4-5 per dag	6 eller flere per dag
Fint 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halvgrovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra grovt 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## HODEPINE

8 Har du vært plaget av hodepine det siste året? Nei  Ja

### HVIS JA:

Hva slags hodepine? (Sett ett kryss)

Migrene .....   
Annen hodepine .....

Omtrent antall dager per måned med hodepine?

Mindre enn 1 dag .....   
1-6 dager .....   
7-14 dager .....   
Mer enn 14 dager .....

Hvor sterk er hodepinen vanligvis?

Mild (hemmer ikke aktivitet) .....   
Moderat (hemmer aktivitet) .....   
Sterk (forhindrer aktivitet) .....

Hvor lenge varer hodepinen vanligvis?

Mindre enn 4 timer .....   
4 timer-1 døgn .....   
1-3 døgn .....   
Mer enn 3 døgn .....

Er hodepinen vanligvis preget av eller ledsaget av:  
(Sett ett kryss per linje)

	Nei	Ja
Bankende/dunkende smerte?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressende smerte? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensidig smerte (høyre eller venstre)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forverring ved moderat fysisk aktivitet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kvalme og/eller oppkast? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys- og lydskyhet? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

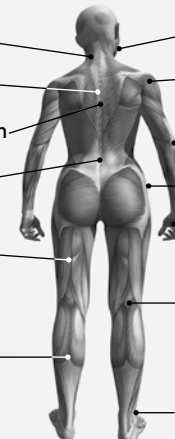
Før eller under hodepinen; kan du ha forbigående synsforstyrrelse?  
(takkede linjer, flimring, tåkesyn, lysglimt) Nei  Ja

## MUSKLER OG LEDD

9 Har du vært plaget med smerter i muskler og ledd sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året? Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor har du hatt disse plagene?  
(Sett ett eller flere kryss)

<input type="checkbox"/> Nakke		<input type="checkbox"/> Kjeve
<input type="checkbox"/> Bryst		<input type="checkbox"/> Skuldre
<input type="checkbox"/> Øvre del av ryggen		<input type="checkbox"/> Albue
<input type="checkbox"/> Korsryggen		<input type="checkbox"/> Hofte
<input type="checkbox"/> Lår		<input type="checkbox"/> Håndledd/ fingre
<input type="checkbox"/> Legg		<input type="checkbox"/> Knær
		<input type="checkbox"/> Ankler/føtter

Har du vært plaget både i høyre og venstre kroppshalvdel? Nei  Ja

Har plagene hindret deg i å utføre daglige aktiviteter? Nei  Ja

I arbeid .....    
I fritida .....

## SVELG OG LUFTVEIER

10 Hoster du daglig i perioder av året? Nei  Ja

HVIS JA: Er hosten vanligvis ledsaget av oppspytt?..... Nei  Ja

Har du hatt hoste med oppspytt, sammenhengende i minst 3 måneder i hvert av de siste to åra? Nei  Ja

11 Har du, eller har du hatt, høysnue/neseallergi? Nei  Ja

HVIS JA: Har du hatt slike plager i løpet av de siste 12 måneder?..... Nei  Ja

12 Har du hatt noen av følgende plager sammenhengende i minst 3 måneder i løpet av det siste året?

	Nei	Ja
Nesetetthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sliming fra nesen eller bak i svelget.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller trykk i ansiktet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redusert luktesans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13 Har du hatt bihulebetennelse de siste 12 måneder?

Nei	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HVIS JA:**

Hvor mange ganger har du fått antibiotika for dette de siste 12 måneder?  antall ganger

14 Har du fått fjernet halsmandlene?  Nei  Ja  Hvor gammel var du?  år gammel

**UTMATTELSE/SLITENHET**

15 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?  Nei  Ja

**HVIS JA:**

Omtrent hvor lenge har du kjent deg utmattet/sliten?

Mindre enn 3 måneder	3-6 måneder	Mer enn 6 måneder
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Omtrent hvor mye av tiden kjenner du deg utmattet/sliten?

Mindre enn 25 % av tiden	25-50 % av tiden	50-75 % av tiden	Mer enn 75 % av tiden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MUNNHULE**

16 Plages du med munntørrhet?  Nei  Ja

17 Hvordan vurderer du tannhelsa di?

Meget dårlig	Dårlig	God	Meget god
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18 Er du redd for å gå til tannlegen?  Nei  Ja

19 Hva betyr god tannhelse for helsa di ellers?

Svært mye	Mye	Lite	Svært lite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MAGE OG TARM**

20 Har du vært plaget med smerter eller ubehag fra magen de siste 12 måneder?

Nei, aldri	Ja, litt	Ja, mye
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HVIS JA:**

	Nei	Ja
Er disse lokalisert øverst i magen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du de siste 3 måneder hatt disse plagene så ofte som 1 dag i uka i minst 3 uker?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bliir smertene eller ubehaget bedre etter at du har hatt avføring?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med hyppigere eller sjeldnere avføring enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har smertene eller ubehaget noen sammenheng med at avføringen blir løsere eller fastere enn vanlig?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommer smertene eller ubehaget etter måltid?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21 I hvilken grad har du hatt følgende plager i de siste 12 måneder?

	Aldri	Litt	Mye
Kvalme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsbrann/sure oppstøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treg mage.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vekslende treg mage og diaré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppblåsthet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22 Har du fått fjernet blindtarmen?  Nei  Ja  Hvor gammel var du?  år gammel

**URINVEIER**

23 Har du flere ganger det siste året fått påvist protein (eggehvite) i urinen?  Nei  Ja

**HVIS JA:**

Hvor gammel var du da dette ble påvist første gang?.....  år gammel

24 Har du flere ganger det siste året fått påvist blod i urinen?  Nei  Ja

**25** Har du noen gang hatt urinveisinfeksjon (blærekatarr eller nyrebekkenbetennelse)?

Nei  Ja

**HVIS JA:**

Hvor mange slike infeksjoner har du hatt siste 2 år?  antall ganger

Har du hatt slik infeksjon siste 7 dager?  Nei  Ja

Har lege sagt at du har hatt nyresvikt (svakkede nyrer, dårlig nyrefunksjon)? ....  Nei  Ja

**HVORDAN FØLER DU DEG?**

Her kommer noen utsagn om hvordan du føler deg. For hvert spørsmål setter du kryss for ett av de fire svarene som best beskriver dine følelser den siste uken. Ikke tenk for lenge på svaret; de spontane svarene er best.

**26** Jeg føler meg nervøs og urolig

Nei.....  En god del.....

Litt.....  Svært mye.....

**27** Jeg gleder meg fortsatt over ting slik jeg pleide før

Avgjort like mye.....  Bare lite grann.....

Ikke fullt så mye.....  Ikke i det hele tatt.....

**28** Jeg har en urofølelse som om noe forferdelig vil skje

Ja, og noe svært ille.....  Litt, bekymrer meg lite.....

Ja, ikke så veldig ille.....  Ikke i det hele tatt.....

**29** Jeg kan le og se det morsomme i situasjoner

Like mye nå som før.....  Avgjort ikke som før.....

Ikke like mye nå som før.....  Ikke i det hele tatt.....

**30** Jeg har hodet fullt av bekymringer

Veldig ofte.....  Av og til.....

Ganske ofte.....  En gang i blant.....

**31** Jeg er i godt humør

Aldri.....  Ganske ofte.....

Noen ganger.....  For det meste.....

**32** Jeg kan sitte i fred og ro og kjenne meg avslappet

Ja, helt klart.....  Ikke så ofte.....

Vanligvis.....  Ikke i det hele tatt.....

**33** Jeg føler meg som om alt går langsommere

Nesten hele tiden.....  Fra tid til annen.....

Svært ofte.....  Ikke i det hele tatt.....

**34** Jeg føler meg urolig som om jeg har sommerfugler i magen

Ikke i det hele tatt.....  Ganske ofte.....

Fra tid til annen.....  Svært ofte.....

**35** Jeg bryr meg ikke lenger om hvordan jeg ser ut

Ja, jeg har sluttet å bry meg.....  Kan hende ikke nok....

Ikke som jeg burde....  Bryr meg som før.....

**36** Jeg er rastløs som om jeg stadig må være aktiv

Uten tvil svært mye....  Ikke så veldig mye.....

Ganske mye.....  Ikke i det hele tatt.....

**37** Jeg ser med glede fram til hendelser og ting

Like mye som før.....  Avgjort mindre enn før.....

Heller mindre enn før.....  Nesten ikke i det hele tatt.....

**38** Jeg kan plutselig få en følelse av panikk

Uten tvil svært ofte.....  Ikke så veldig ofte.....

Ganske ofte.....  Ikke i det hele tatt.....

**39** Jeg kan glede meg over gode bøker, radio/TV

Ofte.....  Ikke så ofte.....

Fra tid til annen.....  Svært sjelden.....

*The HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale®) is reproduced by kind permission of GL Assessment Limited, London W4 4AJ. All rights reserved including translation.*

**MESTRING**

Tenk på den siste måneden; kryss av i den boksen som best beskriver deg, din familie og forhold til venner:

**40** Nye vennskap:

Knytter jeg lett      Har jeg vansker med å knytte

**41** Å komme i kontakt med nye folk:

Er vanskelig for meg      Er jeg flink til

**42** Når jeg er sammen med andre:

Sitter latteren min løst      Sitter latteren langt inne

**43 I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet:**

Ganske forskjellig      Lik

**44 Familien min preges av:**

Splittelser      Godt samhold

**45 I vanskelige perioder:**

Beholder familien min et positivt syn      Ser familien min mørkt på fremtiden

**ALKOHOL**

**46 Driker du alkohol?**

Nei Ja

**HVIS JA:**

Har du noen gang følt at du burde redusere alkoholforbruket ditt?

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din?

Har du noen gang følt ubehag eller skyldfølelse pga. alkoholbruken din?

Har det å ta en drink noen ganger vært det første du har gjort om morgenen for å roe nervene, kurere bakrus eller som en oppkvikker?

**LIVSHENDELSER**

**47 Har du noen gang opplevd noe av dette?**

(Flere kryss mulig)

	Nei	Ja, før 18 år	Ja, etter 18 år	Ja, siste 12 måneder
Vært livstruende syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brudd i ditt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brå og uventet død hos noen som stod deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truert/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nei Ja, før 18 år Ja, etter 18 år Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger

Blitt mobbet på mobil eller internett

Blitt mobbet/trakassert på skole/ utdanningssted

**KULTUR/FRIVILLIG ARBEID/LIVSSYN**

**48 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder vært på/i:**

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 3 ganger/ måned	1-3 ganger/ måned	1-6 ganger siste 6 måneder	Aldri
Museum, kunstutstilling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsert, teater, kino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kirke, bedehus, moske, synagoge e.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrettsarrangement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**49 Hvor mange ganger har du i løpet av de siste 6 måneder selv drevet med:**

(Sett ett kryss per linje)

	Mer enn 1 gang/ uke	1 gang/ uke	1-3 ganger/ måned	1-5 ganger siste 6 måneder	Aldri
Politisk aktivitet/samfunnsdebatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foreningsvirksomhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musikk, sang, teater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menighetsarbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Friluftsliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trening, idrett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**50 Tror du på et liv etter døden?**

Ja, absolutt Ja, antagelig Nei, antagelig ikke Nei, absolutt ikke Vet ikke

**51 Jeg søker hjelp hos Gud når jeg trenger styrke og trøst**

Aldri Sjelden Av og til Ofte

## SEKSUALITET

Tenk på de siste 4 ukene:

**52** I hvilken grad har du vært interessert i sex?

Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>
Litt.....	<input type="checkbox"/>
En del.....	<input type="checkbox"/>
Svært mye.....	<input type="checkbox"/>

**53** I hvilken grad har du vært seksuelt aktiv (med eller uten samleie)?

Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>
Litt.....	<input type="checkbox"/>
En del.....	<input type="checkbox"/>
Svært mye.....	<input type="checkbox"/>

**54** Hvis du har vært seksuelt aktiv, i hvilken grad har du hatt glede av din seksuelle aktivitet?

Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>
Litt.....	<input type="checkbox"/>
En del.....	<input type="checkbox"/>
Svært mye.....	<input type="checkbox"/>
Ikke aktuelt.....	<input type="checkbox"/>

**55** Har du hatt problem med reisning/ereksjon?

Ikke i det hele tatt.....	<input type="checkbox"/>
Litt.....	<input type="checkbox"/>
En del.....	<input type="checkbox"/>
Svært mye.....	<input type="checkbox"/>
Ikke aktuelt.....	<input type="checkbox"/>

**56** Hvilken seksuell legning har du?

Heterofil.....	<input type="checkbox"/>
Homofil.....	<input type="checkbox"/>
Bifil.....	<input type="checkbox"/>
Annet.....	<input type="checkbox"/>

## DATASPILL OG INTERNETT

Hvor enig er du i følgende utsagn om dataspill:

**57** Jeg bruker altfor mye tid på spilling

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**58** Jeg blir i dårlig humør når jeg ikke får brukt tid på spilling

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**59** Mine nærmeste mener at jeg bruker for mye tid på spilling

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor enig er du i følgende utsagn om bruk av internett (utenom jobb, studier):

**60** Jeg bruker altfor mye tid på internett

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**61** Jeg blir i dårlig humør når jeg ikke får brukt tid på internett

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**62** Mine nærmeste mener at jeg bruker for mye tid på internett

Helt enig	Delvis enig	Verken eller	Delvis uenig	Helt uenig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OPPMERKSOMHET

Tenk på de siste 6 månedene:

- 63 Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljer av en oppgave, når den utfordrende delen er gjennomført?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

- 64 Hvor ofte er det vanskelig for deg å få orden på ting når du skal utføre en oppgave som krever organisering?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

- 65 Når du har en oppgave som krever at du tenker nøye igjennom det du skal gjøre, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne på den?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

- 66 Hvor ofte har du problemer med å huske avtaler eller forpliktelser?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

- 67 Hvor ofte sitter du og fikler med noe når du må sitte lenge i ro?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

- 68 Hvor ofte føler du deg overdrevet aktiv og tvunget til å gjøre noe, som om du var drevet av en indre motor?

Aldri Sjelden Iblant Ofte Svært ofte

## RUSMIDLER OG DOPING

- 69 Har du noen gang prøvd hasj, marihuana eller andre narkotiske stoffer?

Nei Ja

HVIS JA:

Hvor gammel var du første gang?.....  år gammel

- 70 Har du noen gang brukt anabole steroider eller andre dopingmidler?

Nei Ja

