

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.
- Hvis deltaker har hjelp til å fylle ut skjemaet, kan dere hoppe over spørsmål som oppleves for nærgående.
- 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

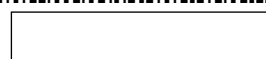
## KOSTHOLD

- 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"/>
<input type="checkbox"/> Bryst		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Øvre del av ryggen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korsryggen		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lår		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Legg		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Kjeve
		<input type="checkbox"/> Skuldre
		<input type="checkbox"/> Albue
		<input type="checkbox"/> Hofte
		<input type="checkbox"/> Håndledd/fingre
		<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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

**UTMATTELSE/SLITENHET**

15 Kjenner du deg vedvarende utmattet/sliten?

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

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> år gammel

**URINVEIER**

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

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

**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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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?  Nei  Ja

Har andre noen gang kritisert alkoholbruken din?  Nei  Ja

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

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?  Nei  Ja

**LIVSHENDELSER**

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

(Flere kryss mulig)

Vært livstruende syk eller skadet  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Hatt livstruende sykdom eller skade blant dine nærmeste  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Alvorlige problem i forholdet til din partner eller ektefelle  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Brudd i ditt parforhold  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Brå og uventet død hos noen som stod deg nær  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for fysisk vold (banket/ skadet)  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Gjentatt psykisk vold fra dine nærmeste (truert/utskjelt/latterliggjort/nedverdiget)  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt utsatt for uønskede seksuelle handlinger  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet på mobil eller internett  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

Blitt mobbet/trakassert på skole/utdanningssted  Nei  Ja, før 18 år  Ja, etter 18 år  Ja, siste 12 måneder

**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

⌈ Noen kan synes at spørsmålene om seksualitet er for nærgående. Hvis du synes det, kan du hoppe over disse spørsmålene og fortsette med spørsmål om Urinlekkasjer.

Tenk på de siste 4 ukene:

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

- Ikke i det hele tatt .....
- Litt .....
- En del .....
- Svært mye .....

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

- Ikke i det hele tatt .....
- Litt .....
- En del .....
- Svært mye .....

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

- Ikke i det hele tatt .....
- Litt .....
- En del .....
- Svært mye .....
- Ikke aktuelt .....

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

- Ikke i det hele tatt .....
- Litt .....
- En del .....
- Svært mye .....
- Ikke aktuelt .....

### 56 Hvilken seksuell legning har du?

- Heterofil .....
- Homofil .....
- Bifil .....
- Annet .....

## URINLEKKASJE

⌋ 57 Har du ufrivillig urinlekkasje?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor ofte har du urinlekkasje?

- Mindre enn 1 gang per måned .....
- En eller flere ganger per måned .....
- En eller flere ganger per uke .....
- Hver dag og/eller natt .....

Hvor mye urin lekker du vanligvis hver gang?

- Dråper .....
- Små skvetter .....
- Større mengder .....

I hvilke situasjoner kan du ha lekkasje av urin?  
(Du kan sette flere kryss)

- Ved hosting, nysing, tunge løft .....
- Ved plutselig og sterk vannlatingstrang .....
- Smådrypping på slutten av, eller etter, vannlating .....
- Smådrypping hele tiden, uavhengig av vannlating .....

Hvordan opplever du lekkasjeplagene dine?

- Ikke noe problem .....
- En liten plage .....
- En del plaget .....
- Mye plaget .....
- Svært stort problem .....

Hvor gammel var du da du fikk urinlekkasje? .....  år gammel

⌋ 58 Har du søkt lege for urinlekkasje?  Nei  Ja



## SMERTER I BEINA

59 Har du sår på tå, fot eller ankel som ikke vil gro?  Nei  Ja

60 Har du smerter i det ene eller i begge beina når du går?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor gjør det mest vondt? (Sett ett kryss)

Fot .....

Legg .....

Lår .....

Hofte .....

Forsvinner smertene når du står stille en stund? .....  Nei  Ja

61 Har du smerter i beina når du er i ro?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Er smertene verst når du ligger i senga? .....  Nei  Ja

Får du mindre vondt når beinet ligger lavt, for eksempel om beinet henger utfor sengekanten? .....  Nei  Ja

Har du hatt smertene i beina sammenhengende i mer enn 14 dager? .....  Nei  Ja

## HUKOMMELSE

62 Har du problemer med hukommelsen?  Nei  Ja, litt  Ja, store

63 Har hukommelsen endret seg siden du var yngre?  Nei  Ja, litt  Ja, mye

64 Har du problemer med å:

(Sett ett kryss per linje)

	Aldri	Av og til	Ofte
Huske hendelser som skjedde for få minutter siden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske navn på andre mennesker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske datoer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske å gjøre det du har planlagt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hendelser som skjedde for noen dager siden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huske hendelser som skjedde for år siden .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holde tråden i samtaler .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## SVIMMELHET

65 Plages du med svimmelhet?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor ofte plages du med svimmelhet? .....  Månedlig  Ukentlig  Daglig

Hvordan vil du beskrive svimmelheten?

(Sett ett kryss)

Som om rommet snurrer rundt .....

Som å være på en båt .....

Som å skulle besvime .....

Dårlig balanse/falltendens .....

Annet .....

I hvilke situasjoner merker du svimmelhet?

(Flere kryss mulig)

Når jeg snur på hodet .....

Når jeg reiser meg .....

Når jeg anstrenger meg .....

Så å si konstant tilstede .....

Annet .....

66 Har du problemer med balansen?  Nei  Ja

## FALL

67 Har du falt det siste året?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Hvor mange ganger har du falt?  1 gang  2 ganger  3 ganger  Flere ganger

Har du falt utendørs?  Nei  Ja

Har du vært til lege for fallskade det siste året?  Nei  Ja

68 Er du bekymret for å falle?

Nei, ikke bekymret i det hele tatt  Litt bekymret  Nokså bekymret  Svært bekymret

## BOFORHOLD

69 Hvordan bor du?

I egen leilighet/bolig   
I eldrecenter/bo- og servicesenter   
I sykeheim

## FUNKSJONER

70 Klarer du selv, uten hjelp av andre, i det daglige å:

*(Sett ett kryss per linje)*

	Nei	Ja
Gå innendørs i samme etasje.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gå på toalettet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske deg på kroppen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bade eller dusje .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kle på og av deg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legge deg og stå opp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spise selv .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71 Bruker du vanligvis hjelpemiddel når du går (rullator, krykker, stokk eller annet)?

Nei.....   
Ja, bruker ganghjelpemiddel både innen- og utendørs.....   
Ja, bruker ganghjelpemiddel utendørs.....   
Nei, jeg kan ikke gå.....

## DAGLIGE OPPGAVER

72 Har du førerkort?  Nei  Ja

### HVIS JA:

Kjører du fortsatt bil?.....  Nei  Ja

73 Klarer du selv, uten hjelp av andre, disse gjøremålene i det daglige:

*(Sett ett kryss per linje)*

	Nei	Ja
Lage varm mat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre lett husarbeid (f.eks. oppvask).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre tyngre husarbeid (f.eks. gulvvask).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaske klær.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjøre innkjøp.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betale regninger.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta medisiner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komme deg ut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta bussen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## BRUK AV HELSETJENESTER

74 Har du hatt hjemmehjelp i løpet av de siste 12 måneder?  Nei  Ja

75 Har du hatt hjemmesykepleie i løpet av de siste 12 måneder?  Nei  Ja

76 Har du vært innlagt på sykeheim i løpet av de siste 12 måneder?  Nei  Ja

77 Hvor mange av dine egne tenner har du igjen?  antall tenner

78 Har du gebiss?  Nei  Ja