



Takk for at du møtte til HUNT4. Vi håper du vil svare på noen flere spørsmål om din tannhelse.

- **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

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:

BRUK AV TANNHELSETJENESTE

- 1 Har du vært hos tannlege eller tannpleier i løpet av de siste 24 måneder? Nei Ja

HVIS JA:

Hvorfor gikk du til tannlege/tannpleier sist gang?
(Flere kryss mulig)

- Innkalt til vanlig kontroll.....
- Innkalt til planlagt behandling.....
- Ba om time på grunn av smerte
- Ba om time av annen grunn enn smerte
- Andre årsaker

Hvor mye har du totalt betalt for din tannbehandling siste 24 måneder?

- Ingenting.....
- Mindre enn kr 2.000
- Kr 2.000-3.000
- Kr 3.001-6.000
- Kr 6.001-10.000
- Kr 10.001-30.000
- Mer enn kr 30.000
- Husker ikke.....

HVIS NEI:

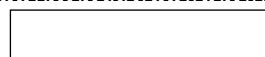
Hva er grunnen til at du IKKE har vært hos tannlege/tannpleier siste 24 måneder?
(Flere kryss mulig)

- Jeg har ikke blitt innkalt
- Jeg har ikke hatt behov
- Det er lang ventetid
- Problemer med transport/lang reisevei
- Ville se om problemet ble bedre av seg selv
- Jeg har ikke hatt tid.....
- Jeg har ikke råd.....
- Jeg er redd for å gå til tannlege/ tannpleier
- På grunn av helseproblemer
- Andre årsaker

MUNNHYGIENE

- 2 Hvilke tannpleiemidler bruker du, og hvor ofte?
(Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	En gang i uken	En gang om dagen	To eller flere ganger daglig
Tannbørste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannstikker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tanstråd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellomroms- børste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protesebørste.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



3 Hvilke tannpleiemidler bruker du, og hvor ofte?

(Sett ett kryss per linje)

	Sjelden/ aldri	En gang i uken	En gang om dagen	To eller flere ganger daglig
Tannkrem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Munnskyl Fluortabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUNNHELSE

4 I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har du på grunn av dine tenner, forhold i munnen eller proteser (gebiss) hatt disse problemene?

(Sett ett kryss per linje)

	Ofte	Ganske ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Vanskeligheter med å uttale ord eller lage spesielle lyder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endret/dårligere smaksans.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter i munn/tenner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opplevd at mat har gitt deg ubehag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt en dårligere kost eller kostsammensetning ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Måttet avbryte måltider.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5 I løpet av de siste 12 måneder, hvor ofte har dine tenner, forhold i munnen eller proteser (gebiss) bidratt til at du har

(Sett ett kryss per linje):

	Ofte	Ganske ofte	Av og til	Sjelden	Aldri
Følt deg sjenert ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg usikker...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt deg spent eller stresset.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt problemer med å slappe av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vært irritabel overfor andre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatt vanskeligheter med dine vanlige gjøremål...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Følt at livet var mindre tilfredsstillende.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ikke kunnet fungere i hverdagen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>