

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema 6-3 Når barnet er 3,5 år

+

Dette spørreskjemaet dreier seg om deg og hvordan du har det. Siste gang du svarte på spørsmål om deg selv var når barnet ditt var 18 måneder. Spørsmålene vi stiller nå handler for det meste om tiden etter det og frem til nå når barnet ditt er ca. 3,5 år gammelt

Skjemaet skal leses maskinelt. Derfor er det viktig å bruke blå eller sort kulepenn og skrive tydelig:

- I de små avkrysningsboksene setter du et kryss for det svaret som du mener passer best, slik: ☒
- Hvis du mener at du har satt kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2006)

Spørsmål om deg selv

1. Hvilken sivilstand har du nå?

- ☐ Gift ☐ Separert/skilt
☐ Samboer ☐ Enke
☐ Enslig ☐ Annet

2. Er du i lønnet arbeid nå for tiden?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 6)
☐ Ja Antall timer vanligvis per uke:

3. Hvilken arbeidsordning har du? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Fast dagarbeid
☐ Skiftarbeid/turnusordning
☐ Fast ettermiddags/kveldsarbeid
☐ Ingen fast (ekstrahjelp, ekstravakt, vikar ol)
☐ Fast nattarbeid

+

4. Hvor mange dager har du til sammen vært borte fra arbeidet siste år (se bort fra ferie og avspasering)?

dager

5. Hva var årsaken? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ Permisjon
☐ Egen sykdom, hvilken _____
☐ Sykt barn
☐ Annet

6. Føler du deg ofte ensom?

- ☐ Nesten aldri
☐ Sjelden
☐ Av og til
☐ Som regel
☐ Nesten alltid

7. Har du noen utenom din ektefelle/samboer/partner som du kan søke råd hos i en vanskelig situasjon?

- ☐ Nei
☐ Ja, 1-2 personer
☐ Ja, flere enn 2 personer

8. Hvor ofte treffer du eller snakker i telefonen med familie (utenom husholdningen) eller nære venner?

- ☐ 1 gang i måneden eller sjeldnere
☐ 2-8 ganger i måneden
☐ Mer enn 2 ganger i uken

+

9. Har du noen ganger siden du ble gravid med dette barnet i en sammenhengende periode på to uker eller mer..... (Sett ett kryss for hver linje.)

+

	Nei	Ja, i svangerskapet	Ja, første året etter fødselen	Ja, siste 2 år
1. Følt deg deprimert, trist, nedfor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hatt problemer med matlysten eller spist for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vært plaget av kraftløshet eller mangel på overskudd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Virkelig bebreidet deg selv og følt deg verdiløs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatt problemer med å konsentrere deg eller hatt vanskelig med å ta beslutninger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatt minst 3 av problemene som er nevnt ovenfor samtidig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Er du gravid nå?

☐ Nei ☐ Ja

+

+

11. Har du hatt langvarig sykdom eller helseplage som har oppstått de siste 3 årene?

Fysisk plage:

☐ Nei

☐ Ja, før, beskriv: _____

☐ Ja, nå, beskriv: _____

Psykisk plage:

☐ Nei

☐ Ja, før, beskriv: _____

☐ Ja, nå, beskriv: _____

12. Har du selv vært til undersøkelse på sykehus de siste 3 årene?

☐ Nei

☐ Ja, hvilket sykehus? _____

13. Har du nå for tiden noen av følgende plager, hvis ja, hvor ofte og hvor mye om gangen? (Sett ett kryss for hver linje.)

Plager:	+	Hvor ofte har du plagene?					Hvor mye om gangen?		
		Aldri	1–4	1–6	1 gang	Mer enn	Dråper	Små skvetter	Større mengder
			ganger pr. mnd.	ganger pr. uke	pr. dag	1 gang pr. dag			
1. Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp) . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Urinlekkasje ved sterk trang til vannlating . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemer med å holde på avføring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Problemer med å holde på luft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

14. Hvor fysisk aktiv er du? Her spør vi om ulik varighet av aktiviteter der du blir anpusten eller svett. Hvor ofte hender dette? Ta med aktiviteter både hjemme og på arbeid. (Sett ett kryss for hver linje.)

Varighet av aktivitet der du blir anpusten eller svett	Aldri	Hvor ofte					5 ganger eller mer per uke
		Mindre enn 1 gang per uke	1 gang per uke	2 ganger per uke	3-4 ganger per uke		
Mindre enn 30 minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellom 30-60 minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer enn 60 minutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Alt i alt, hvordan vil du karakterisere din fysiske helse?

☐ Meget god

☐ God

☐ Dårlig

☐ Svært dårlig

+

16. Røyker du nå for tiden?

☐ Røyker ikke

☐ Røyker av og til - antall sigaretter per uke:

--	--	--

☐ Røyker daglig - antall sigaretter daglig:

--	--	--

17. Bruker du:

☐ Skrå/tyggetobakk/ snus

☐ Nikotintyggegummi

☐ Nikotinplaster

☐ Nikotininhalator

18. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

☐ Omtrent 6–7 ganger pr. uke

☐ Omtrent 4–5 ganger pr.uke

☐ Omtrent 2–3 ganger pr.uke

☐ Omtrent 1 gang pr.uke

☐ Omtrent 1–3 ganger pr.måned

☐ Sjeldnere enn 1 gang pr.måned

☐ Aldri

+

19. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Kryss av både for helgen og hverdager) (Se forklaring nedenfor om enheter alkohol.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5cl ren alkohol). I praksis betyr dette følgende:

1 glass (1/3 liter) øl	= 1 enhet
1 vinglass rød eller hvit vin	= 1 enhet
1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin	= 1 enhet
1 drammeglass brennevin eller likør	= 1 enhet
1 flaske rusbrus/cider	= 1 enhet

20. Har du i løpet av de siste 3 årene opplevd noe av det følgende:

	Nei	Ja
Å bli utsatt for slag, spark og annet fysisk vold?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Å bli presset til seksuelle handlinger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Har det i de siste 18 måneder hendt at: (Sett ett kryss for hver linje.)

	Nei	Ja
1. Du selv synes at du var for tykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Du var veldig redd for å legge på deg eller bli for tykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Andre sa du var for tynn, mens du selv synes du var for tykk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Du synes det var svært viktig for synet på deg selv at du holdt en bestemt vekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Har det de siste 18 måneder - i en periode på minst 3 måneders varighet - hendt at du har opplevd noe av det følgende, og i så fall hvor hyppig var det? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Minst 2 ganger i uken	1-4 ganger i mnd	Sjelden/aldri
1. Følt at du mistet kontrollen mens du spiste, og ikke klarte å stoppe før du hadde spist alt for mye?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brukt oppkast for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Brukt avføringsmiddel for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brukt fastekur for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brukt hard fysisk trening for å kontrollere vekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Har det de siste 18 måneder hendt at det har gått minst tre måneder uten menstruasjon i tilknytning til en periode med spiseproblemer? (uten at du har vært gravid)

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

24. Hvor mye veier du nå?

kg

Hvor høy er du?

cm

25. Følelse av uro og rastløshet. (Kryss av for det som passer best for deg de siste 6 månedene.)

	Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Veldig ofte
1. Hvor ofte har du vansker med å få gjort ferdig de siste detaljene av en oppgave, når den utfordrende delen er gjennomført?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvor ofte har du vansker med å få plassert saker i riktig rekkefølge når du arbeider med oppgaver som krever organisering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Når du har en oppgave som krever mye gjennomtenkning, hvor ofte unngår eller utsetter du å begynne med den?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor ofte har du vanskeligheter med å huske avtaler eller forpliktelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Når du må sitte stille over en lengre tid, hvor ofte beveger du hender og føtter på en urolig og rastløs måte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvor ofte føler du deg overaktiv og tvunget til å gjøre ting, som om du er drevet av en motor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

26. Hvis du har en ektefelle/ samboer/ partner, hvor enige er du i disse beskrivelsene? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

27. Har du i løpet av de siste 2 ukene vært plaget med noe av det følgende? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke plaget	Litt plaget	Ganske mye plaget	Veldig mye plaget
1. Stadig redd eller engstelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Følelse av håpløshet med hensyn til framtiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Har du det siste 18 måneder opplevd noe av det følgende? Hvis ja, hvor vondt og vanskelig var dette for deg? (Kryss av for hver linje.)

	Hvis ja				
	Nei	Ja	Ikke så ille	Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
1. Har du hatt problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Har du hatt økonomiske problemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ble du skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Har du hatt problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Har du vært alvorlig bekymret for om det er noe galt med barnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Har du vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Har en av dine nærmeste vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Har du vært utsatt for alvorlig ulykke, brann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Har du mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/ aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofte	Veldig ofte
1. Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Føler deg oppstemt som om alt legger seg til rette for deg . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Føler deg sint, irritert eller ergelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

30. Kryss av om du er enig eller uenig i de følgende påstander (Sett ett kryss for hver linje.)

+

	Helt uenig	Uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Enig	Helt enig
1. På de fleste måter er livet mitt nær idealet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Livsbetingelsene mine er svært gode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er fornøyd med livet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Så langt har jeg oppnådd det som er viktig for meg i livet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hadde jeg kunne levd på nytt, ville jeg nesten ikke forandret noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg trives godt i arbeidet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært enig	Enig	Uenig	Svært uenig
1. Jeg har en positiv holdning til meg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jeg føler meg virkelig ubrukelig til tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg føler jeg er en verdifull person, i allefall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

32. Barneoppdragelse (Kryss av for om du er enig eller uenig i følgende påstander. Sett ett kryss for hver linje.)

	Helt uenig	Delvis uenig	Både og	Delvis enig	Helt enig
1. Det jeg gjør har liten innvirkning på mitt barns oppførsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet mitt pleier å få det som han/hun vil likevel, så det er ingen vits i å prøve å nekte han/henne engang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kos og klem er en viktig måte å vise barnet at jeg er glad i han/henne . . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvis barnet og jeg har en konflikt, er det vanligvis lett å avlede han/henne .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mitt liv blir i hovedsak kontrollert av barnet mitt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Jeg legger stor vekt på at barnet skal lære å takle at han/hun ikke kan få viljen sin i alt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ofte er det lettere å la barnet få viljen sin enn at jeg må oppleve et raserianfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Noen ganger når jeg er sliten, lar jeg barnet mitt få gjøre ting jeg normalt eller ikke ville tillatt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hvilke oppdragelsesstrategier du bruker spiller ikke så stor rolle; hvis du er glad i barna utvikler de seg bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

+

+

[illegible]

+

Tusen takk for innsatsen!

Legg det utfylte skjemaet i den frankerte returkonvolutten og send det til:

Den norske Mor og Barn undersøkelsen
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Avd. for medisinsk fødselsregister
Kalfarveien 31
5018 Bergen

+

+

+