

den norske *Mor & barn undersøkelsen*

+

Spørreskjema FAR

+

Skjemaet skal leses av en maskin. Det er derfor viktig at du legger vekt på følgende ved utfyllingen:

- Bruk blå eller sort kulepenn.
- 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: ☐
- I de store, grønne boksene skriver du *tall* eller *store blokkbokstaver*.

Det er viktig at du bare skriver i det hvite feltet i boksene, slik:

Tall:

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Bokstaver:

| | | | |
|---|---|---|---|
| A | B | C | D |
|---|---|---|---|

- Databokser er delt opp i tre deler, den første for dag i måned, den neste for månedstallet og den siste for årstallet slik at datoen skal skrives slik:

| | |
|--|---|
| | 6 |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | 5 |
|--|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 0 | 2 |
|---|---|---|---|

dag måned år

- Tallboksene har to eller flere ruter. Når du skriver et ett-sifret tall bruker du den høyre ruten. *Eksempel: 5 skrives slik*
- Spesielle opplysninger som *f.eks. medikamenter* skriver du fritt inne i boksene eller på de åpne linjene.

| | |
|--|---|
| | 5 |
|--|---|

Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVER**.

Så snart du har fylt ut skjemaet, sender du det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

På forhånd tusen takk!

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

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

dag

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

måned

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

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2001)

Sivilstand, utdanning og yrke

1. Når er du født?

+

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

dag

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

måned

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

år

2. Hvilken sivilstand har du nå?

+

☐ Gift

☐ Skilt/separert

☐ Samboer

☐ Enkemann

☐ Enslig

☐ Annet

3. Hvilken utdanning har du?

(Sett kun ett kryss for den høyeste utdanningen du har fullført og for den utdanningen du eventuelt holder på med.)

Utdanning

Fullført

Holder på med

1. 9-årig grunnskole
2. 1-2-årig videregående
3. Videregående yrkesfaglig
4. 3-årig videregående allmennfaglig, gymnas.
5. Distrikthøyskole, universitet inntil 4 år (cand. mag., sykepleier, lærer, ingeniør) . . .
6. Universitet, høyskole, mer enn 4 år (hovedfag, embetseksamen)
7. Annen utdanning

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

+

4. Hva er din arbeidssituasjon nå? (Sett eventuelt flere kryss.)

- | | | |
|---|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Skoleelev/student | 7. <input type="checkbox"/> Ansatt i offentlig virksomhet | + |
| 2. <input type="checkbox"/> Hjemmевærende | 8. <input type="checkbox"/> Ansatt i privat virksomhet | |
| 3. <input type="checkbox"/> Yrkespraksis/lærling | 9. <input type="checkbox"/> Selvstendig næringsdrivende | |
| 4. <input type="checkbox"/> Militærtjeneste | 10. <input type="checkbox"/> Familienmedlem uten fast lønn i familiebedrift (f.eks. gårdsbruk, forretning) | |
| 5. <input type="checkbox"/> Arbeidssøkende/permittert | | |
| 6. <input type="checkbox"/> Attføring/ufør | 11. <input type="checkbox"/> Annet _____ | |

5. Beskriv virksomheten på nåværende arbeidsplass eller tjenestested så nøyaktig som mulig.

(Skriv f.eks. landbruk med korn og svin, karosseriavdeling på verksted for dieselbiler, forsikringsselskap, videregående skole)

6. Yrke/tittel på dette arbeidsstedet?

(Skriv f.eks. biloppretter, formann, adjunkt, elev, spesialarbeider, renholdsassistent, bonde, hjemmевærende.)

7. Har du vært i kontakt med noe av det følgende i løpet av det siste halve året før din partner ble gravid? (Kryss av for hver linje.)

(Dette gjelder både arbeid og fritid)

| | + | | Hvis ja, antall dager (daglig = 180 dager) | Kryss av hvis du har brukt avtrekk eller åndedrettsvern | Kryss av om du har brukt hansker |
|--|--------------------------|--------------------------|--|---|----------------------------------|
| Kjemikalier, gasser, osv. | | | | | |
| | Nei | Ja | | | |
| 1. Blydunster, blystøv, blypartikler eller blylegeringer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Krom, arsenikk, kadmium eller sammensetninger av disse . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Bensin eller eksos (gjelder ikke fylling av bensin til egen bil) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Kvikksølv damp, kvikksølv eller arbeid med amalgam-fyllinger (ta ikke med behandling som pasient) . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Desinfeksjonsmidler, midler mot skadedyr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Plantevernmidler (ugressmidler, insektmidler, soppmidler) . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Oljebasert maling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Vannbasert eller latex maling | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Malingtynnere, maling-, lakk- eller limfjerner eller andre løsemidler (f.eks. lynol, white spirit, toluen, karbontetraklorid) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Fargestoffer eller trykksverte i industri | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Motorolje, smøreolje eller andre typer olje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Fotokjemikalier (fiks eller fremkaller) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Stoffer i forbindelse med sveising | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Stoffer i forbindelse med lodding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Formalin/formaldehyd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Kjemoterapeutiske stoffer/cellegiftbehandling (ta ikke med behandling som pasient) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Lystgass eller andre narkosegasser (ta ikke med behandling som pasient) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Andre stoffer og forhold, beskriv: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Hvor ofte arbeidet du ved radiosender eller radar i det siste halvåret før din partner ble gravid?

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

+

9. Hvor ofte snakket du i mobiltelefon det siste halvåret før din partner ble gravid?

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

10. Hvor ofte arbeidet du ved røntgenapparat det siste 1/2 året (mindre enn 2 meters avstand) før din partner ble gravid? (Ta ikke med behandling som pasient)

- ☐ Sjelden/aldri
☐ Noen ganger i uken
☐ Daglig
☐ I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig

+

11. Hvor ofte arbeidet du ved dataskjerm, laserprinter eller kopieringsmaskin (mindre enn 2 meter avstand) i det siste halvåret før din partner ble gravid? (Kryss av for hver linje.)

| | Sjelden/aldri | Noen ganger i uken | Daglig | I gjennomsnitt mer enn 1 time daglig |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Dataskjerm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Laserprinter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kopieringsmaskin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Sykdommer og helseplager

12. Har du, eller har du hatt noen av følgende sykdommer eller helseproblem?

| + | Hvis ja, kryss av | Hvis ja, oppgi alderen din ved første tegn på sykdom eller plager? | Hvis du ble frisk eller kvitt plagene, ved hvilken alder skjedde det? |
|---|--------------------------|--|---|
| 1. Høysnue | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | + <div><div></div><div></div></div> år |
| 2. Elveblest | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 3. Astma | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 4. Barne/atopisk eksem | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 5. Psoriasis | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 6. Annen eksem/hudlidelse..... | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 7. Migrene | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 8. Annen hyppig hodepine | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 9. Stadig verking eller svie øverst i magen | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 10. Tykktarmskatarr (diare, treg mage, takvise smerter) | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 11. Søvnproblemer..... | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 12. Diabetes | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |
| 13. Kreft..... | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | + <div><div></div><div></div></div> år |
| 14. Hjerne/kar sykdom..... | <input type="checkbox"/> | <div><div></div><div></div></div> år | <div><div></div><div></div></div> år |

Spørsmål forts. neste side

| | | | | | | | | |
|--|--------------------------|----------------------|----------------------|----|---|----------------------|----------------------|----|
| 15. Epilepsi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | + | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 16. Gjentatte nakke- og skuldersmerter..... | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 17. Smerter i korsryggen | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 18. Langvarige muskelsmerter | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 19. Bechterews sykdom/reumatoid artritt | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 20. Høyt blodtrykk | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 21. Psykiske helseproblemer (eks. depresjon, angst)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |
| 22. Andre langvarige sykdommer eller helseproblemer... | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | år |

Hvis ja, beskriv: _____

13. Brukte du medisiner det siste halvåret før din partner ble gravid?

☐ Nei ☐ Ja

+

14. Hvis ja, oppgi navn på medisin.

+

Navn på medisin (f.eks Valium, Rohypnol, Paracet)

Hvor lenge brukte du medisinen?

| | | |
|---------------------|--------------------|--------------------|
| Mindre enn 1 uke | 1 uke – 1 måned | Mer enn 1 måned |
|---------------------|--------------------|--------------------|

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

15. Har du brukt vitaminer, mineraler eller annet kosttilskudd det siste halve året før din partner ble gravid?

☐ Nei ☐ Ja

16. Hvis ja, oppgi fullstendig produktnavn på alle de vitaminer, mineraler eller kosttilskudd du har brukt. Ta også med naturmedisiner. (Skriv tydelig med blokkbokstaver da det skal leses maskinelt).

1 F.eks.

[illegible]

17. Har du selv en medfødt misdannelse?

☐ Nei☐ Ja

+

18. Hvis ja, hvilken? _____

19. Ble det tatt røntgenbilder av deg det siste halvåret før din partner ble gravid?

☐ Nein☐ Ja

20. Hvis ja, oppgi hva det ble tatt bilde av og hvor mange ganger det ble tatt bilder?

Antall ganger

Antall ganger

☐ Tenner.....

☐ Bekken/mage/rygg

☐ Lunge.....

☐ Annet.....

☐ Armer og ben

+

Livsstil og levevaner

21. Har du noen gang røykt?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 25)
- ☐ Ja

+

22. Røykte du det siste halve året før din partner ble gravid?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, av og til Antall sigaretter/uke
- ☐ Ja, daglig Antall sigaretter/dag

23. Røyker du nå etter at din partner ble gravid?

- ☐ Nei
- ☐ Ja, av og til Antall sigaretter/uke
- ☐ Ja, daglig Antall sigaretter/dag

24. Hvis ja, hvor røyker du?

- ☐ Bare utendørs
- ☐ Utendørs og innendørs
- ☐ Bare innendørs

+

25. Har du noen gang brukt noen av de følgende stoffene? (Kryss av for hver linje.)

| | Aldri | Tidligere | Det siste halve året før din partner ble gravid | Nå for tiden |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|
| Hasj | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ecstasy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kokain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heroin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sentralstimulerende midler (Efedrin, Amfetamin, Koffein)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

26. Har du noen gang drukket alkohol?

- ☐ Nei (gå til spørsmål 30)
- ☐ Ja

+

27. Har du drukket alkohol det siste halve året før din partner ble gravid?

- ☐ Omtrent 6-7 ganger per uke
- ☐ Omtrent 4-5 ganger per uke
- ☐ Omtrent 2-3 ganger per uke
- ☐ Omtrent 1 gang per uke
- ☐ Omtrent 1-3 ganger per måned
- ☐ Sjeldnere enn 1 gang per måned
- ☐ Aldri

28. Har du drukket alkohol nå etter at din partner ble gravid?

- ☐ Omtrent 6-7 ganger per uke
- ☐ Omtrent 4-5 ganger per uke
- ☐ Omtrent 2-3 ganger per uke
- ☐ Omtrent 1 gang per uke
- ☐ Omtrent 1-3 ganger per måned
- ☐ Sjeldnere enn 1 gang per måned
- ☐ Aldri

+

Enheter alkohol

For å sammenligne ulike typer alkohol, spør vi etter det vi kaller alkoholenheter (= 1,5 cl ren alkohol).
En alkoholenhet tilsvarer:

- 1 flaske rusbrus/cider
- 1 glass (1/3 liter) øl
- 1 vinglass rødvin eller hvitvin
- 1 hetvinsglass, sherry eller annen hetvin
- 1 dramglass brennevin eller likør

29. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? (Sett kun ett kryss.)

- ☐ 10 eller flere
- ☐ 7-9
- ☐ 5-6
- ☐ 3-4
- ☐ 1-2
- ☐ Færre enn 1

+

30. Hvor ofte er du så fysisk aktiv at du blir andpusten eller svett nå for tiden? (Sett kryss for både fritid og arbeid.)

| | I fritid | På arbeid |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Aldri..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mindre enn 1 gang per uke.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 1 gang per uke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 2 – 3 ganger per uke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 4 – 6 ganger per uke..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Omtrent hver dag..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

36. I ditt daglige liv, hvor ofte opplever du følgende? (Kryss av for hver linje.)

| | + | Aldri | Sjelden | Noen ganger | Ofte | Veldig ofte |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Føler deg glad for noe..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg lykkelig..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg oppstemt som om alt går din vei..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på noe..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg sint, irritert eller ergrer deg..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Føler deg rasende på noen..... | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

37. Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

| | Nei | Ja |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Økonomiske problemer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Skilsmisse, separasjon eller avbrutt samliv..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Konflikter med familie, venner eller naboer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alvorlig ulykke eller sykdom hos deg selv eller noen som står deg nær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mistet en som står deg nær | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annet: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

38. Hvor enig er du i disse beskrivelsene for deg og ditt parforhold? (Kryss av for hver linje.)

| | Svært enig | Enig | Litt enig | Litt uenig | Uenig | Svært uenig |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 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"/> |
| Min partner er generelt forståelsesfull | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Jeg har vært heldig med valg av partner..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

+

Er det noe du gjerne vil fortelle oss, setter vi stor pris på om du noterer det på neste side.

+

+

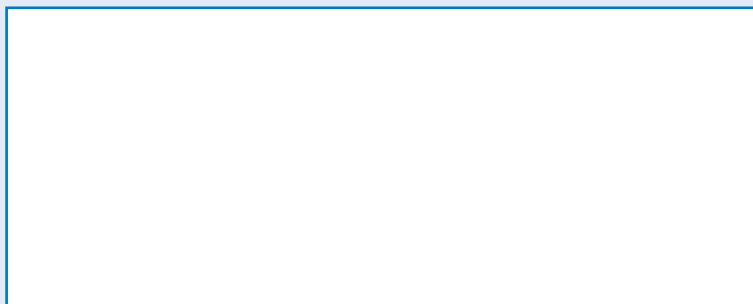
This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

+

Tusen takk for hjelpen!

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

Den norske mor og barn undersøkelsen
Medisinsk fødselsregister
Armauer Hansens hus
5839 Bergen



+