

undersøkelsen



Spørreskjema 5 – Når barnet er 18 måneder



I dette spørreskjemaet stiller vi en del spørsmål som du kanskje vil kjenne igjen fra tidligere spørreskjemaer. Vi gjør dette fordi vi ønsker å følge din og barnets utvikling videre. Det er fint om du finner frem barnets Helsekort, slik at du kan benytte opplysningene som står der.

Hvis du synes at et spørsmål er for ubehagelig eller vanskelig å svare på kan du la være å svare på det spørsmålet og gå videre til det neste.

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 sett kryss i feil boks, kan du rette det ved å fylle boksen helt, slik: ☐
- I de store, grønne boksene skriver du tall.

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

Tall: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

5

- 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 på de åpne linjene.
- Vennligst skriv tydelig med **STORE BOKSTAVER**.
- Husk å fylle ut dato for utfylling av skjemaet

Så snart du har fylt ut dette skjemaet, ber vi om at du sender det tilbake til oss i den vedlagte frankerte svarkonvolutten.

Oppgi dag, måned og år for utfylling av skjemaet

dag

måned

år

(skriv årstall med 4 tall, f.eks. 2003)



OM BARNET

Mat og drikke

1. Hvilken type melk har barnet fått siden hun/han var 6 måneder gammel?

(Du kan sette flere kryss.)

Melketype	Barnets alder i måneder			
	6 - 8	9 - 11	12 - 14	15 - 18
1. Brystmelk	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 1 4
2. Morsmelksterstatning	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 2 4
3. Morsmelksterstatning ved melkeintoleranse	<input checked="" type="checkbox"/> 1 3 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 3 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 3 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 3 4
4. Helmelk (søt)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 4 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 4 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 4 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 4 4
5. Lettmelk vanlig (søt)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 5 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 5 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 5 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 5 4
6. Ekstra lett melk (søt)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 6 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 6 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 6 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 6 4
7. Skummet melk (søt)	<input checked="" type="checkbox"/> 1 7 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 7 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 7 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 7 4
8. Biola – alle typer	<input checked="" type="checkbox"/> 1 8 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 8 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 8 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 8 4
9. Annen yoghurt	<input checked="" type="checkbox"/> 1 9 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 9 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 9 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 9 4
10. Andre surmelk typer	<input checked="" type="checkbox"/> 1 10 1	<input checked="" type="checkbox"/> 1 10 2	<input checked="" type="checkbox"/> 1 10 3	<input checked="" type="checkbox"/> 1 10 4



"LNR1"

2. Hvor ofte får barnet følgende drikke, nå ved ca. 18 måneders alder? Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best.
(Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri	Mindre enn 1 g. per uke	1-3 g. per uke	4-6 g. per uke	1-2 g per døgn	3-4 g. per døgn	5 el. flere g. per døgn
1. Brystmelk	<input type="checkbox"/> 2 1" (1)	<input type="checkbox"/> 2 1" (2)	<input type="checkbox"/> 2 1" (3)	<input type="checkbox"/> 2 1" (4)	<input type="checkbox"/> 2 1" (5)	<input type="checkbox"/> 2 1" (6)	<input type="checkbox"/> 2 1" (7)
2. Morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/> 2 2" (1)	<input type="checkbox"/> 2 2" (2)	<input type="checkbox"/> 2 2" (3)	<input type="checkbox"/> 2 2" (4)	<input type="checkbox"/> 2 2" (5)	<input type="checkbox"/> 2 2" (6)	<input type="checkbox"/> 2 2" (7)
3. H-melk	<input type="checkbox"/> 2 3" (1)	<input type="checkbox"/> 2 3" (2)	<input type="checkbox"/> 2 3" (3)	<input type="checkbox"/> 2 3" (4)	<input type="checkbox"/> 2 3" (5)	<input type="checkbox"/> 2 3" (6)	<input type="checkbox"/> 2 3" (7)
4. Lettmelk	<input type="checkbox"/> 2 4" (1)	<input type="checkbox"/> 2 4" (2)	<input type="checkbox"/> 2 4" (3)	<input type="checkbox"/> 2 4" (4)	<input type="checkbox"/> 2 4" (5)	<input type="checkbox"/> 2 4" (6)	<input type="checkbox"/> 2 4" (7)
5. Ekstra lett melk	<input type="checkbox"/> 2 5" (1)	<input type="checkbox"/> 2 5" (2)	<input type="checkbox"/> 2 5" (3)	<input type="checkbox"/> 2 5" (4)	<input type="checkbox"/> 2 5" (5)	<input type="checkbox"/> 2 5" (6)	<input type="checkbox"/> 2 5" (7)
6. Skummet melk	<input type="checkbox"/> 2 6" (1)	<input type="checkbox"/> 2 6" (2)	<input type="checkbox"/> 2 6" (3)	<input type="checkbox"/> 2 6" (4)	<input type="checkbox"/> 2 6" (5)	<input type="checkbox"/> 2 6" (6)	<input type="checkbox"/> 2 6" (7)
7. Biola, alle typer	<input type="checkbox"/> 2 7" (1)	<input type="checkbox"/> 2 7" (2)	<input type="checkbox"/> 2 7" (3)	<input type="checkbox"/> 2 7" (4)	<input type="checkbox"/> 2 7" (5)	<input type="checkbox"/> 2 7" (6)	<input type="checkbox"/> 2 7" (7)
8. Yoghurt naturell	<input type="checkbox"/> 2 8" (1)	<input type="checkbox"/> 2 8" (2)	<input type="checkbox"/> 2 8" (3)	<input type="checkbox"/> 2 8" (4)	<input type="checkbox"/> 2 8" (5)	<input type="checkbox"/> 2 8" (6)	<input type="checkbox"/> 2 8" (7)
9. Yoghurt med frukt	<input type="checkbox"/> 2 9" (1)	<input type="checkbox"/> 2 9" (2)	<input type="checkbox"/> 2 9" (3)	<input type="checkbox"/> 2 9" (4)	<input type="checkbox"/> 2 9" (5)	<input type="checkbox"/> 2 9" (6)	<input type="checkbox"/> 2 9" (7)
10. Andre surmelktyper	<input type="checkbox"/> 2 10" (1)	<input type="checkbox"/> 2 10" (2)	<input type="checkbox"/> 2 10" (3)	<input type="checkbox"/> 2 10" (4)	<input type="checkbox"/> 2 10" (5)	<input type="checkbox"/> 2 10" (6)	<input type="checkbox"/> 2 10" (7)
11. Vann fra springen	<input type="checkbox"/> 2 11" (1)	<input type="checkbox"/> 2 11" (2)	<input type="checkbox"/> 2 11" (3)	<input type="checkbox"/> 2 11" (4)	<input type="checkbox"/> 2 11" (5)	<input type="checkbox"/> 2 11" (6)	<input type="checkbox"/> 2 11" (7)
12. Vann kjøpt på flaske	<input type="checkbox"/> 2 12" (1)	<input type="checkbox"/> 2 12" (2)	<input type="checkbox"/> 2 12" (3)	<input type="checkbox"/> 2 12" (4)	<input type="checkbox"/> 2 12" (5)	<input type="checkbox"/> 2 12" (6)	<input type="checkbox"/> 2 12" (7)
13. Saft, sukret	<input type="checkbox"/> 2 13" (1)	<input type="checkbox"/> 2 13" (2)	<input type="checkbox"/> 2 13" (3)	<input type="checkbox"/> 2 13" (4)	<input type="checkbox"/> 2 13" (5)	<input type="checkbox"/> 2 13" (6)	<input type="checkbox"/> 2 13" (7)
14. Saft, kunstig søtet	<input type="checkbox"/> 2 14" (1)	<input type="checkbox"/> 2 14" (2)	<input type="checkbox"/> 2 14" (3)	<input type="checkbox"/> 2 14" (4)	<input type="checkbox"/> 2 14" (5)	<input type="checkbox"/> 2 14" (6)	<input type="checkbox"/> 2 14" (7)
15. Juice	<input type="checkbox"/> 2 15" (1)	<input type="checkbox"/> 2 15" (2)	<input type="checkbox"/> 2 15" (3)	<input type="checkbox"/> 2 15" (4)	<input type="checkbox"/> 2 15" (5)	<input type="checkbox"/> 2 15" (6)	<input type="checkbox"/> 2 15" (7)
16. Brus	<input type="checkbox"/> 2 16" (1)	<input type="checkbox"/> 2 16" (2)	<input type="checkbox"/> 2 16" (3)	<input type="checkbox"/> 2 16" (4)	<input type="checkbox"/> 2 16" (5)	<input type="checkbox"/> 2 16" (6)	<input type="checkbox"/> 2 16" (7)
17. Lettbrus	<input type="checkbox"/> 2 17" (1)	<input type="checkbox"/> 2 17" (2)	<input type="checkbox"/> 2 17" (3)	<input type="checkbox"/> 2 17" (4)	<input type="checkbox"/> 2 17" (5)	<input type="checkbox"/> 2 17" (6)	<input type="checkbox"/> 2 17" (7)
18. Annet: <input type="text" value="2 18 2"/>	<input type="checkbox"/> 2 18" (1)	<input type="checkbox"/> 2 18" (2)	<input type="checkbox"/> 2 18" (3)	<input type="checkbox"/> 2 18" (4)	<input type="checkbox"/> 2 18" (5)	<input type="checkbox"/> 2 18" (6)	<input type="checkbox"/> 2 18" (7)

3. Får barnet følgende å drikke om natten nå ved ca. 18 måneders alder? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri/ sjelden	Av og til	Ja, de fleste netter
1. Vann	<input type="checkbox"/> 3 1" (1)	<input type="checkbox"/> 3 1" (2)	<input type="checkbox"/> 3 1" (3)
2. Melk eller saft fra kopp	<input type="checkbox"/> 3 2" (1)	<input type="checkbox"/> 3 2" (2)	<input type="checkbox"/> 3 2" (3)
3. Melk eller saft fra flaske	<input type="checkbox"/> 3 3" (1)	<input type="checkbox"/> 3 3" (2)	<input type="checkbox"/> 3 3" (3)
4. Ammes	<input type="checkbox"/> 3 4" (1)	<input type="checkbox"/> 3 4" (2)	<input type="checkbox"/> 3 4" (3)

4. Hvor ofte får barnet følgende mat, nå ved ca. 18 måneders alder? Velg den hyppighet som i gjennomsnitt passer best.
(Sett ett kryss for hver linje.)

	Aldri	Mindre enn 1 g. per uke	1-3 g. per uke	4-6 g. per uke	1-2 g per døgn	3 g. el. mer per døgn
1. Brød med leverpostei	<input type="checkbox"/> 4 1" (1)	<input type="checkbox"/> 4 1" (2)	<input type="checkbox"/> 4 1" (3)	<input type="checkbox"/> 4 1" (4)	<input type="checkbox"/> 4 1" (5)	<input type="checkbox"/> 4 1" (6)
2. Brød med kjøttpålegg	<input type="checkbox"/> 4 2" (1)	<input type="checkbox"/> 4 2" (2)	<input type="checkbox"/> 4 2" (3)	<input type="checkbox"/> 4 2" (4)	<input type="checkbox"/> 4 2" (5)	<input type="checkbox"/> 4 2" (6)
3. Brød med fisk (f.eks. sardin, makrell)	<input type="checkbox"/> 4 3" (1)	<input type="checkbox"/> 4 3" (2)	<input type="checkbox"/> 4 3" (3)	<input type="checkbox"/> 4 3" (4)	<input type="checkbox"/> 4 3" (5)	<input type="checkbox"/> 4 3" (6)
4. Brød med ost	<input type="checkbox"/> 4 4" (1)	<input type="checkbox"/> 4 4" (2)	<input type="checkbox"/> 4 4" (3)	<input type="checkbox"/> 4 4" (4)	<input type="checkbox"/> 4 4" (5)	<input type="checkbox"/> 4 4" (6)
5. Brød med syltetøy/honning	<input type="checkbox"/> 4 5" (1)	<input type="checkbox"/> 4 5" (2)	<input type="checkbox"/> 4 5" (3)	<input type="checkbox"/> 4 5" (4)	<input type="checkbox"/> 4 5" (5)	<input type="checkbox"/> 4 5" (6)
6. Brød med annet pålegg	<input type="checkbox"/> 4 6" (1)	<input type="checkbox"/> 4 6" (2)	<input type="checkbox"/> 4 6" (3)	<input type="checkbox"/> 4 6" (4)	<input type="checkbox"/> 4 6" (5)	<input type="checkbox"/> 4 6" (6)
7. Industrifremstilt barnegrøt (pulver) ..	<input type="checkbox"/> 4 7" (1)	<input type="checkbox"/> 4 7" (2)	<input type="checkbox"/> 4 7" (3)	<input type="checkbox"/> 4 7" (4)	<input type="checkbox"/> 4 7" (5)	<input type="checkbox"/> 4 7" (6)
8. Hjemmelaget grøt	<input type="checkbox"/> 4 8" (1)	<input type="checkbox"/> 4 8" (2)	<input type="checkbox"/> 4 8" (3)	<input type="checkbox"/> 4 8" (4)	<input type="checkbox"/> 4 8" (5)	<input type="checkbox"/> 4 8" (6)
9. Kjøtt, pølse, kjøttboller o.l.	<input type="checkbox"/> 4 9" (1)	<input type="checkbox"/> 4 9" (2)	<input type="checkbox"/> 4 9" (3)	<input type="checkbox"/> 4 9" (4)	<input type="checkbox"/> 4 9" (5)	<input type="checkbox"/> 4 9" (6)
10. Fisk, fiskeboller, fiskepudding o.l. ...	<input type="checkbox"/> 4 10" (1)	<input type="checkbox"/> 4 10" (2)	<input type="checkbox"/> 4 10" (3)	<input type="checkbox"/> 4 10" (4)	<input type="checkbox"/> 4 10" (5)	<input type="checkbox"/> 4 10" (6)
11. Pannekaker	<input type="checkbox"/> 4 11" (1)	<input type="checkbox"/> 4 11" (2)	<input type="checkbox"/> 4 11" (3)	<input type="checkbox"/> 4 11" (4)	<input type="checkbox"/> 4 11" (5)	<input type="checkbox"/> 4 11" (6)
12. Poteter	<input type="checkbox"/> 4 12" (1)	<input type="checkbox"/> 4 12" (2)	<input type="checkbox"/> 4 12" (3)	<input type="checkbox"/> 4 12" (4)	<input type="checkbox"/> 4 12" (5)	<input type="checkbox"/> 4 12" (6)
13. Pasta	<input type="checkbox"/> 4 13" (1)	<input type="checkbox"/> 4 13" (2)	<input type="checkbox"/> 4 13" (3)	<input type="checkbox"/> 4 13" (4)	<input type="checkbox"/> 4 13" (5)	<input type="checkbox"/> 4 13" (6)
14. Ris	<input type="checkbox"/> 4 14" (1)	<input type="checkbox"/> 4 14" (2)	<input type="checkbox"/> 4 14" (3)	<input type="checkbox"/> 4 14" (4)	<input type="checkbox"/> 4 14" (5)	<input type="checkbox"/> 4 14" (6)
15. Erter, bønner	<input type="checkbox"/> 4 15" (1)	<input type="checkbox"/> 4 15" (2)	<input type="checkbox"/> 4 15" (3)	<input type="checkbox"/> 4 15" (4)	<input type="checkbox"/> 4 15" (5)	<input type="checkbox"/> 4 15" (6)
16. Andre kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/> 4 16" (1)	<input type="checkbox"/> 4 16" (2)	<input type="checkbox"/> 4 16" (3)	<input type="checkbox"/> 4 16" (4)	<input type="checkbox"/> 4 16" (5)	<input type="checkbox"/> 4 16" (6)
17. Rå grønnsaker	<input type="checkbox"/> 4 17" (1)	<input type="checkbox"/> 4 17" (2)	<input type="checkbox"/> 4 17" (3)	<input type="checkbox"/> 4 17" (4)	<input type="checkbox"/> 4 17" (5)	<input type="checkbox"/> 4 17" (6)
18. Frukt	<input type="checkbox"/> 4 18" (1)	<input type="checkbox"/> 4 18" (2)	<input type="checkbox"/> 4 18" (3)	<input type="checkbox"/> 4 18" (4)	<input type="checkbox"/> 4 18" (5)	<input type="checkbox"/> 4 18" (6)
19. Kaker/vafler/søt kjeks	<input type="checkbox"/> 4 19" (1)	<input type="checkbox"/> 4 19" (2)	<input type="checkbox"/> 4 19" (3)	<input type="checkbox"/> 4 19" (4)	<input type="checkbox"/> 4 19" (5)	<input type="checkbox"/> 4 19" (6)
20. Dessert/is	<input type="checkbox"/> 4 20" (1)	<input type="checkbox"/> 4 20" (2)	<input type="checkbox"/> 4 20" (3)	<input type="checkbox"/> 4 20" (4)	<input type="checkbox"/> 4 20" (5)	<input type="checkbox"/> 4 20" (6)
21. Sjokolade	<input type="checkbox"/> 4 21" (1)	<input type="checkbox"/> 4 21" (2)	<input type="checkbox"/> 4 21" (3)	<input type="checkbox"/> 4 21" (4)	<input type="checkbox"/> 4 21" (5)	<input type="checkbox"/> 4 21" (6)
22. Smågodt, seigmenn, annet godteri ...	<input type="checkbox"/> 4 22" (1)	<input type="checkbox"/> 4 22" (2)	<input type="checkbox"/> 4 22" (3)	<input type="checkbox"/> 4 22" (4)	<input type="checkbox"/> 4 22" (5)	<input type="checkbox"/> 4 22" (6)

5. Får barnet hjemmelaget middagsmat eller ferdigkjøpt (Industriprodusert) barnemat på glass?

- ☐ 5" (1) Bare hjemmelaget
- ☐ 5" (2) Delvis hjemmelaget
- ☐ 5" (3) Omtrent halvparten av hvert
- ☐ 5" (4) Delvis ferdigkjøpt
- ☐ 5" (5) Bare ferdigkjøpt



7. Reagerer barnet på visse matvarer ?

- ☐ 7" (1) Ja
- ☐ 7" (2) Delvis
- ☐ 7" (3) Ikke



8. Hvis ja, hvilken type mat reagerer barnet på? (Du kan sette flere kryss.)

- | | | |
|---|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> 8" (1) Melk | 8. <input type="checkbox"/> 8" (8) Røkt eller stekt egg | 14. <input type="checkbox"/> 8" (14) Fukt, bær |
| 2. <input type="checkbox"/> 8" (2) Sammet melk/lettmeik | 9. <input type="checkbox"/> 8" (9) Fisk/fiskeprodukter | 15. <input type="checkbox"/> 8" (15) Grønnsaker/poteter |
| 3. <input type="checkbox"/> 8" (3) Eple | 10. <input type="checkbox"/> 8" (10) Fargestoffer | 16. <input type="checkbox"/> 8" (16) Sjokolade |
| 4. <input type="checkbox"/> 8" (4) Surt/sur melk | 11. <input type="checkbox"/> 8" (11) Hvete | 17. <input type="checkbox"/> 8" (17) Andre godterier |
| 5. <input type="checkbox"/> 8" (5) Kjøtt | 12. <input type="checkbox"/> 8" (12) Sukker | 18. <input type="checkbox"/> 8" (18) Annet: <input type="text"/> |
| 6. <input type="checkbox"/> 8" (6) Egg | 13. <input type="checkbox"/> 8" (13) Annet: <input type="text"/> | 19. <input type="checkbox"/> 8" (19) Annet: <input type="text"/> |
| 7. <input type="checkbox"/> 8" (7) Egg (f.eks. eggedosis) | | |



9. Er det noen matvarer du bevisst unngår å gi barnet?

- ☐ 9" (1) Ja
- ☐ 9" (2) Delvis

10. Hvis ja, hvilke matvarer prøver du å unngå, og hvor streng er dietten?

	Noe redusert bruk i forhold til vanlig kosthold	Bruker ikke i ublandet form, men tillater litt i forskjellige matretter	Unngår all bruk (også "skjult" i matretter)
1. Melk	<input type="checkbox"/> 10" (1) 1	<input type="checkbox"/> 10" (1) 2	<input type="checkbox"/> 10" (1) 3
2. Egg	<input type="checkbox"/> 10" (2) 1	<input type="checkbox"/> 10" (2) 2	<input type="checkbox"/> 10" (2) 3
3. Fisk/fiskeprodukter	<input type="checkbox"/> 10" (3) 1	<input type="checkbox"/> 10" (3) 2	<input type="checkbox"/> 10" (3) 3
4. Kjøtt/kjøttprodukter	<input type="checkbox"/> 10" (4) 1	<input type="checkbox"/> 10" (4) 2	<input type="checkbox"/> 10" (4) 3
5. Hvete	<input type="checkbox"/> 10" (5) 1	<input type="checkbox"/> 10" (5) 2	<input type="checkbox"/> 10" (5) 3
6. Sukker	<input type="checkbox"/> 10" (6) 1	<input type="checkbox"/> 10" (6) 2	<input type="checkbox"/> 10" (6) 3
7. Annet: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 10" (7) 1	<input type="checkbox"/> 10" (7) 2	<input type="checkbox"/> 10" (7) 3

11. Får barnet tran, vitaminer, jern eller annet kosttilskudd?

- ☐ 11" (1) Ja
- ☐ 11" (2) Delvis



12. Hvis ja, angi hvilke(t) preparat og hvor ofte barnet får det. Hvor gammelt var barnet da dere startet med preparatet for første gang?

	Hvor ofte får barnet dette?		Hvor gammelt var barnet da dere startet med preparatet?
	Daglig	Av og til	Antall måneder
1. Tran	<input data-bbox="820 271 932 293" type="text" value="12 1 1"/>	<input data-bbox="975 271 1086 293" type="text" value="12 1 1"/>	<input data-bbox="1246 241 1337 309" type="text" value="12 1 2"/>
2. Biovit	<input data-bbox="820 349 932 371" type="text" value="12 2 1"/>	<input data-bbox="975 349 1086 371" type="text" value="12 2 1"/>	<input data-bbox="1246 320 1337 387" type="text" value="12 2 2"/>
3. Sanasol	<input data-bbox="820 427 932 450" type="text" value="12 3 1"/>	<input data-bbox="975 427 1086 450" type="text" value="12 3 1"/>	<input data-bbox="1246 398 1337 465" type="text" value="12 3 2"/>
4. Nycoplus Multi Vitaminmikstur for barn	<input data-bbox="820 506 932 528" type="text" value="12 4 1"/>	<input data-bbox="975 506 1086 528" type="text" value="12 4 1"/>	<input data-bbox="1246 477 1337 544" type="text" value="12 4 2"/>
5. Fluortabletter	<input data-bbox="820 584 932 607" type="text" value="12 5 1"/>	<input data-bbox="975 584 1086 607" type="text" value="12 5 1"/>	<input data-bbox="1246 555 1337 622" type="text" value="12 5 2"/>
6. Jerntilskudd, hvilket: <input data-bbox="341 622 799 689" type="text" value="12 6 3"/>	<input data-bbox="820 663 932 685" type="text" value="12 6 1"/>	<input data-bbox="975 663 1086 685" type="text" value="12 6 1"/>	<input data-bbox="1246 633 1337 701" type="text" value="12 6 2"/>
7. Annet kosttilskudd, hvilket: <input data-bbox="395 701 799 768" type="text" value="12 7 3"/>	<input data-bbox="820 741 932 763" type="text" value="12 7 1"/>	<input data-bbox="975 741 1086 763" type="text" value="12 7 1"/>	<input data-bbox="1246 712 1337 779" type="text" value="12 7 2"/>

Vekst, helse og sykdom

Vennligst finn frem barnets helsekort og bruk opplysninger derfra til å fylle ut de følgende spørsmålene.

13. Hvor mange ganger har du/dere vært på helsestasjonen med barnet siden fødselen?

- 4
 10
 15
 eller flere

14. Ønsker du at barnet skal få de vaksinene som anbefales til barn i Norge?

- alle anbefalte vaksinene
 noen vaksinene
 ingen vaksinene

15. Angi om barnet har fått vaksiner. Hvis ja, hvor mange ganger, og om det har vært bivirkninger som medførte kontakt med lege eller sykehus. (Kryss av for hver linje.)

Vaksiner	Nei	Ja	Hvis ja, hvor mange ganger?			Bivirkning som medførte ekstra kontakt med lege?		Bivirkning som medførte undersøkelse/ innleggelse på sykehus?	
			1	2	3	Nei	Ja	Nei	Ja
1. DTP (Difteri, tetanus, kikhoste)	<input data-bbox="660 1406 772 1429" type="text" value="15 1 1"/>	<input data-bbox="780 1406 892 1429" type="text" value="15 1 1"/>	<input data-bbox="900 1406 1011 1429" type="text" value="15 1 1"/>	<input data-bbox="1019 1406 1131 1429" type="text" value="15 1 1"/>	<input data-bbox="1139 1406 1251 1429" type="text" value="15 1 1"/>	<input data-bbox="1091 1406 1203 1429" type="text" value="15 1 3"/>	<input data-bbox="1211 1406 1323 1429" type="text" value="15 1 3"/>	<input data-bbox="1267 1406 1378 1429" type="text" value="15 1 4"/>	<input data-bbox="1386 1406 1498 1429" type="text" value="15 1 4"/>
2. Hib (Haemophilus influenzae type b)	<input data-bbox="660 1440 772 1462" type="text" value="15 2 1"/>	<input data-bbox="780 1440 892 1462" type="text" value="15 2 1"/>	<input data-bbox="900 1440 1011 1462" type="text" value="15 2 1"/>	<input data-bbox="1019 1440 1131 1462" type="text" value="15 2 1"/>	<input data-bbox="1139 1440 1251 1462" type="text" value="15 2 1"/>	<input data-bbox="1091 1440 1203 1462" type="text" value="15 2 3"/>	<input data-bbox="1211 1440 1323 1462" type="text" value="15 2 3"/>	<input data-bbox="1267 1440 1378 1462" type="text" value="15 2 4"/>	<input data-bbox="1386 1440 1498 1462" type="text" value="15 2 4"/>
3. Polio	<input data-bbox="660 1473 772 1496" type="text" value="15 3 1"/>	<input data-bbox="780 1473 892 1496" type="text" value="15 3 1"/>	<input data-bbox="900 1473 1011 1496" type="text" value="15 3 1"/>	<input data-bbox="1019 1473 1131 1496" type="text" value="15 3 1"/>	<input data-bbox="1139 1473 1251 1496" type="text" value="15 3 1"/>	<input data-bbox="1091 1473 1203 1496" type="text" value="15 3 3"/>	<input data-bbox="1211 1473 1323 1496" type="text" value="15 3 3"/>	<input data-bbox="1267 1473 1378 1496" type="text" value="15 3 4"/>	<input data-bbox="1386 1473 1498 1496" type="text" value="15 3 4"/>
4. MMR (Meslinger, kusma, røde hunder)	<input data-bbox="660 1507 772 1529" type="text" value="15 4 1"/>	<input data-bbox="780 1507 892 1529" type="text" value="15 4 1"/>	<input data-bbox="900 1507 1011 1529" type="text" value="15 4 1"/>	<input data-bbox="1019 1507 1131 1529" type="text" value="15 4 1"/>	<input data-bbox="1139 1507 1251 1529" type="text" value="15 4 1"/>	<input data-bbox="1091 1507 1203 1529" type="text" value="15 4 3"/>	<input data-bbox="1211 1507 1323 1529" type="text" value="15 4 3"/>	<input data-bbox="1267 1507 1378 1529" type="text" value="15 4 4"/>	<input data-bbox="1386 1507 1498 1529" type="text" value="15 4 4"/>
5. DT (Difteri, tetanus - gis av og til istenfor DTP) ..	<input data-bbox="660 1541 772 1563" type="text" value="15 5 1"/>	<input data-bbox="780 1541 892 1563" type="text" value="15 5 1"/>	<input data-bbox="900 1541 1011 1563" type="text" value="15 5 1"/>	<input data-bbox="1019 1541 1131 1563" type="text" value="15 5 1"/>	<input data-bbox="1139 1541 1251 1563" type="text" value="15 5 1"/>	<input data-bbox="1091 1541 1203 1563" type="text" value="15 5 3"/>	<input data-bbox="1211 1541 1323 1563" type="text" value="15 5 3"/>	<input data-bbox="1267 1541 1378 1563" type="text" value="15 5 4"/>	<input data-bbox="1386 1541 1498 1563" type="text" value="15 5 4"/>
6. Hepatitt B	<input data-bbox="660 1574 772 1597" type="text" value="15 6 1"/>	<input data-bbox="780 1574 892 1597" type="text" value="15 6 1"/>	<input data-bbox="900 1574 1011 1597" type="text" value="15 6 1"/>	<input data-bbox="1019 1574 1131 1597" type="text" value="15 6 1"/>	<input data-bbox="1139 1574 1251 1597" type="text" value="15 6 1"/>	<input data-bbox="1091 1574 1203 1597" type="text" value="15 6 3"/>	<input data-bbox="1211 1574 1323 1597" type="text" value="15 6 3"/>	<input data-bbox="1267 1574 1378 1597" type="text" value="15 6 4"/>	<input data-bbox="1386 1574 1498 1597" type="text" value="15 6 4"/>
7. BCG (tuberkulose)	<input data-bbox="660 1608 772 1630" type="text" value="15 7 1"/>	<input data-bbox="780 1608 892 1630" type="text" value="15 7 1"/>	<input data-bbox="900 1608 1011 1630" type="text" value="15 7 1"/>	<input data-bbox="1019 1608 1131 1630" type="text" value="15 7 1"/>	<input data-bbox="1139 1608 1251 1630" type="text" value="15 7 1"/>	<input data-bbox="1091 1608 1203 1630" type="text" value="15 7 3"/>	<input data-bbox="1211 1608 1323 1630" type="text" value="15 7 3"/>	<input data-bbox="1267 1608 1378 1630" type="text" value="15 7 4"/>	<input data-bbox="1386 1608 1498 1630" type="text" value="15 7 4"/>
8. Annen vaksine: <input data-bbox="284 1641 651 1664" type="text" value="15 8 5"/>	<input data-bbox="660 1653 772 1675" type="text" value="15 8 1"/>	<input data-bbox="780 1653 892 1675" type="text" value="15 8 1"/>	<input data-bbox="900 1653 1011 1675" type="text" value="15 8 1"/>	<input data-bbox="1019 1653 1131 1675" type="text" value="15 8 1"/>	<input data-bbox="1139 1653 1251 1675" type="text" value="15 8 1"/>	<input data-bbox="1091 1653 1203 1675" type="text" value="15 8 3"/>	<input data-bbox="1211 1653 1323 1675" type="text" value="15 8 3"/>	<input data-bbox="1267 1653 1378 1675" type="text" value="15 8 4"/>	<input data-bbox="1386 1653 1498 1675" type="text" value="15 8 4"/>

16. Har eller har barnet hatt noen av følgende helseproblemer? Hvis ja, er barnet henvist til spesialistundersøkelse? (Kryss av for hver linje.)

Helseproblem	Nei	Ja, har nå	Ja, hadde tidligere	Hvis ja, er barnet henvist til spesialistundersøkelse?	
				Nei	Ja
1. Hoftelekasjon (hofteledelse)	<input data-bbox="740 1973 831 1995" type="text" value="16 1 1"/>	<input data-bbox="892 1973 983 1995" type="text" value="16 1 2"/>	<input data-bbox="1043 1973 1134 1995" type="text" value="16 1 3"/>	<input data-bbox="1203 1973 1294 1995" type="text" value="16 1 4"/>	<input data-bbox="1347 1973 1437 1995" type="text" value="16 1 4"/>
2. Nedsatt hørsel	<input data-bbox="740 2007 831 2029" type="text" value="16 2 1"/>	<input data-bbox="892 2007 983 2029" type="text" value="16 2 2"/>	<input data-bbox="1043 2007 1134 2029" type="text" value="16 2 3"/>	<input data-bbox="1203 2007 1294 2029" type="text" value="16 2 4"/>	<input data-bbox="1347 2007 1437 2029" type="text" value="16 2 4"/>
3. Nedsatt syn	<input data-bbox="740 2040 831 2063" type="text" value="16 3 1"/>	<input data-bbox="892 2040 983 2063" type="text" value="16 3 2"/>	<input data-bbox="1043 2040 1134 2063" type="text" value="16 3 3"/>	<input data-bbox="1203 2040 1294 2063" type="text" value="16 3 4"/>	<input data-bbox="1347 2040 1437 2063" type="text" value="16 3 4"/>



(forts.)

17. Hvis barnet ble henvist videre, hva viste denne undersøkelsen?

"2 17 1" (1)

"2 17 1" (2)

"z 17 1" (3)

"z 17 2 1"	"z 17 2 2"
------------	------------

Diagnose I: 2 17 3 2

"z 17 3 1" Diagnose II:

2	1	3	2

"z 17 4 1"	"z 17 4 2"
------------	------------

18. Har barnet vært behandlet med "pute" for hofteleddelse?

"z_18_1"(1)

1. [Return to Table of Contents](#)

"2 18 1" (2)

Hvor lenge?

"z 18 2"

måneder



19. Har barnet hatt noen av følgende sykdom/helseproblem ved 6-11 måneders alder, og/eller ved 12-18 måneders alder? Oppgi hvor mange ganger, og om barnet har vært innlagt på sykehus for dette helseproblemet. (Kryss av for hver linje.)



(forts.)

"LNR3"

Sykdom/helseproblem	Ved 6–11 måneders alder		Antall ganger	Ved 12–18 måneders alder		Antall ganger	Vært innlagt på sykehus for dette?	
	Nei	Ja		Nei	Ja		Nei	Ja
10. Feberkramper	<input type="checkbox"/> 1910 1"	<input type="checkbox"/> 1910 1"	<input type="checkbox"/> 1910 2"	<input type="checkbox"/> 1910 3"	<input type="checkbox"/> 1910 3"	<input type="checkbox"/> 1910 4"	<input type="checkbox"/> 1910 5"	<input type="checkbox"/> 1910 5"
11. Andre kramper (uten feber)	<input type="checkbox"/> 1911 1"	<input type="checkbox"/> 1911 1"	<input type="checkbox"/> 1911 2"	<input type="checkbox"/> 1911 3"	<input type="checkbox"/> 1911 3"	<input type="checkbox"/> 1911 4"	<input type="checkbox"/> 1911 5"	<input type="checkbox"/> 1911 5"
12. Vannkopper	<input type="checkbox"/> 1912 1"	<input type="checkbox"/> 1912 1"	<input type="checkbox"/> 1912 2"	<input type="checkbox"/> 1912 3"	<input type="checkbox"/> 1912 3"	<input type="checkbox"/> 1912 4"	<input type="checkbox"/> 1912 5"	<input type="checkbox"/> 1912 5"
13. Skade eller ulykke	<input type="checkbox"/> 1913 1"	<input type="checkbox"/> 1913 1"	<input type="checkbox"/> 1913 2"	<input type="checkbox"/> 1913 3"	<input type="checkbox"/> 1913 3"	<input type="checkbox"/> 1913 4"	<input type="checkbox"/> 1913 5"	<input type="checkbox"/> 1913 5"
14. Annet: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1914 1"	<input type="checkbox"/> 1914 1"	<input type="checkbox"/> 1914 2"	<input type="checkbox"/> 1914 3"	<input type="checkbox"/> 1914 3"	<input type="checkbox"/> 1914 4"	<input type="checkbox"/> 1914 5"	<input type="checkbox"/> 1914 5"

20. Har barnet vært til lege eller på sykehus ved 6–11 måneders alder og/eller ved 12–18 måneders alder? Hvis ja, oppgi hvor mange ganger. (Kryss av for hver linje.)

	Ved 6 – 11 måneders alder			Ved 12 – 18 måneders alder		
	Nei	Ja	Antall ganger	Nei	Ja	Antall ganger
Allmennlege (utenom helsestasjonen)	<input type="checkbox"/> 20 1 1"	<input type="checkbox"/> 20 1 1"	<input type="checkbox"/> 20 1 2"	<input type="checkbox"/> 20 1 3"	<input type="checkbox"/> 20 1 3"	<input type="checkbox"/> 20 1 4"
Legevaktlege	<input type="checkbox"/> 20 2 1"	<input type="checkbox"/> 20 2 1"	<input type="checkbox"/> 20 2 2"	<input type="checkbox"/> 20 2 3"	<input type="checkbox"/> 20 2 3"	<input type="checkbox"/> 20 2 4"
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/> 20 3 1"	<input type="checkbox"/> 20 3 1"	<input type="checkbox"/> 20 3 2"	<input type="checkbox"/> 20 3 3"	<input type="checkbox"/> 20 3 3"	<input type="checkbox"/> 20 3 4"
Poliklinikk på sykehus	<input type="checkbox"/> 20 4 1"	<input type="checkbox"/> 20 4 1"	<input type="checkbox"/> 20 4 2"	<input type="checkbox"/> 20 4 3"	<input type="checkbox"/> 20 4 3"	<input type="checkbox"/> 20 4 4"
Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> 20 5 1"	<input type="checkbox"/> 20 5 1"	<input type="checkbox"/> 20 5 2"	<input type="checkbox"/> 20 5 3"	<input type="checkbox"/> 20 5 3"	<input type="checkbox"/> 20 5 4"

21. Har barnet vært henvist til følgende instanser?

	Nei	Ja
Habiliteringstjenesten	<input type="checkbox"/> 21 1" (1)	<input type="checkbox"/> 21 1" (2)
PP-tjenesten	<input type="checkbox"/> 21 2" (1)	<input type="checkbox"/> 21 2" (2)
Barnepsykiatrisk poliklinikk/avdeling	<input type="checkbox"/> 21 3" (1)	<input type="checkbox"/> 21 3" (2)



22. Hvis barnet har vært undersøkt eller innlagt på sykehus, oppgi navn på sykehus.

Navn på sykehus:	<input type="text"/>
Navn på sykehus:	<input type="text"/>
Navn på sykehus:	<input type="text"/>



23. Har barnet hatt noen av følgende symptomer siden 6 måneders alder? Hvis ja, ved hvilken alder? (Kryss av for hver linje.)

	Hatt symptomene?		Hvis ja, ved hvilken alder?			
	Nei	Ja	6–8 mnd	9–11 mnd	12–14 mnd	15 mnd eller mer
1. Piping/hvesing i brystet	<input type="checkbox"/> 23 1 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 1 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 1 2"	<input type="checkbox"/> 23 1 3"	<input type="checkbox"/> 23 1 4"	<input type="checkbox"/> 23 1 5"
2. Tetthet i brystet	<input type="checkbox"/> 23 2 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 2 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 2 2"	<input type="checkbox"/> 23 2 3"	<input type="checkbox"/> 23 2 4"	<input type="checkbox"/> 23 2 5"
3. Natlig hoste	<input type="checkbox"/> 23 3 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 3 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 3 2"	<input type="checkbox"/> 23 3 3"	<input type="checkbox"/> 23 3 4"	<input type="checkbox"/> 23 3 5"
4. Rennende nese uten forkjølelse	<input type="checkbox"/> 23 4 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 4 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 4 2"	<input type="checkbox"/> 23 4 3"	<input type="checkbox"/> 23 4 4"	<input type="checkbox"/> 23 4 5"
5. Forstoppelse	<input type="checkbox"/> 23 5 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 5 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 5 2"	<input type="checkbox"/> 23 5 3"	<input type="checkbox"/> 23 5 4"	<input type="checkbox"/> 23 5 5"
6. Diare	<input type="checkbox"/> 23 6 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 6 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 6 2"	<input type="checkbox"/> 23 6 3"	<input type="checkbox"/> 23 6 4"	<input type="checkbox"/> 23 6 5"
7. Kløende utslett som kommer og går	<input type="checkbox"/> 23 7 1" (1)	<input type="checkbox"/> 23 7 1" (2)	<input type="checkbox"/> 23 7 2"	<input type="checkbox"/> 23 7 3"	<input type="checkbox"/> 23 7 4"	<input type="checkbox"/> 23 7 5"



24. Har barnet vært allergitestet?

"z 24" (1)

"z 24" (2)



25. Hvis ja, hva ble barnet testet på og slo testen ut?

(Du kan sette flere kryss.)

Test:	Slo testen ut?		
	Nei	Ja	Vet ikke
1. "z 25 1 1"	"z 25 1 2" "z 25 1 2" "z 25 1 2" (3)		
2. "z 25 2 1"	"z 25 2 2" "z 25 2 2" "z 25 2 2" (3)		
3. "z 25 3 1"	"z 25 3 2" "z 25 3 2" "z 25 3 2" (3)		
4. "z 25 4 1"	"z 25 4 2" "z 25 4 2" "z 25 4 2" (3)		
5. "z 25 5 1"	"z 25 5 2" "z 25 5 2" "z 25 5 2" (3)		
6. "z 25 6 1"	"z 25 6 2" "z 25 6 2" "z 25 6 2" (3)		
7. "z 25 7 1"	"z 25 7 2" "z 25 7 2" "z 25 7 2" (3)		
8. "z 25 8 1"	"z 25 8 2" "z 25 8 2" "z 25 8 2" (3)		

26. Har dere oppsøkt såkalt alternativ medisin for barnet siden hun/han var 6 måneder??

"z 26 1" (1)

"z 26 1" (2)

"z 26 2"

ganger

27. Hvis ja, hva slags alternativ medisin?

"z 27 1"

"z 27 2"

"z 27 3"

"z 27 4"

"z 27 5"

28. Har barnet fått medisiner siden 6 måneders alder? (Dette gjelder alle typer medisiner, også naturmedisiner og urtepreparater)

"z 28" (1)

"z 28" (2)



29. Hvis ja, oppgi navn på medisinene og barnets alder ved medisinbruk. (Ta med alle typer medisiner også naturmedisiner)

Navn på medisinen

(f.eks. Apocillin, Paracet)

Hvor gammelt var barnet ved medisinbruk?

	6-8 mnd	9-11 mnd	12-14 mnd	15-18 mnd
"z 29 1 1"	"z 29 1 2"	"z 29 1 3"	"z 29 1 4"	"z 29 1 5"
"z 29 2 1"	"z 29 2 2"	"z 29 2 3"	"z 29 2 4"	"z 29 2 5"
"z 29 3 1"	"z 29 3 2"	"z 29 3 3"	"z 29 3 4"	"z 29 3 5"
"z 29 4 1"	"z 29 4 2"	"z 29 4 3"	"z 29 4 4"	"z 29 4 5"
"z 29 5 1"	"z 29 5 2"	"z 29 5 3"	"z 29 5 4"	"z 29 5 5"

30. Hva var barnets lengde, vekt og hodeomkrets når barnet var omtrent 8 måneder, ca 1 år og ved siste måling (15-18 måneder)? (Se i barnets helsekort)

	Dato for måling			Vekt	Lengde	Hodeomkrets
	dag	måned	år			
Ca 8 mnd	"z 30 1 1"	"z 30 1 2"	"z 30 1 3"	"z 30 1 4"	"z 30 1 5"	"z 30 1 6"
Ca. 1 år	"z 30 2 1"	"z 30 2 2"	"z 30 2 3"	"z 30 2 4"	"z 30 2 5"	"z 30 2 6"
15 - 18 mnd	"z 30 3 1"	"z 30 3 2"	"z 30 3 3"	"z 30 3 4"	"z 30 3 5"	

Utvikling og væremåte

I denne delen vil du finne noen spørsmål gjentatt flere ganger i ulik form. Vi ber deg likevel om å svare på alle spørsmålene så godt du kan.

31. Kan barnet gå uten støtte?

Nei "z 31 1" (1) "z 31 1" (2)

"z 31 2"

Hvis ja, hvor gammelt var barnet når det først kunne gå uten støtte?

Antall: måneder.



"LNR4"

32. Nedenfor følger spørsmål om barnets utvikling ved ca. 18 måneders alder. (Sett ett kryss for hver linje.)



Ja Av og til Ikke ennå

1. Dersom du ber om det, går barnet ditt inn i et annet rom og henter en kjent gjenstand? (Når du for eksempel spør: «Hvor er ballen din?», «Hent jakka di» eller «Gå og hent teppet ditt.») "z 32 1" (1) "z 32 1" (2) "z 32 1" (3)
2. Sler barnet åtte eller flere ord i tillegg til "mamma" og "pappa"? "z 32 2" (1) "z 32 2" (2) "z 32 2" (3)
3. Uten at du først viser, peker barnet på riktig bilde når du sier for eksempel «Vis meg katten» eller «Vis meg hunden»? "z 32 3" (1) "z 32 3" (2) "z 32 3" (3)
4. Beveger barnet seg omkring ved å gå istedenfor ved å krabbe på hender og knær? "z 32 4" (1) "z 32 4" (2) "z 32 4" (3)
5. Går barnet støtt, uten å falle ofte? "z 32 5" (1) "z 32 5" (2) "z 32 5" (3)
6. Kan barnet gå ned trapper dersom du holder det i én hånd? "z 32 6" (1) "z 32 6" (2) "z 32 6" (3)
7. Kan barnet kaste en liten ball med armbevegelse framover? (Dersom barnet bare slipper ballen, kryss av for "Ikke ennå") "z 32 7" (1) "z 32 7" (2) "z 32 7" (3)
8. Stabler barnet en liten kloss eller leke oppå en annen? (For eksempel små esker eller leker som er cirka 3 cm store) "z 32 8" (1) "z 32 8" (2) "z 32 8" (3)
9. Blar barnet om sidene i en bok av seg selv? (Det kan bli mer enn en side om gangen.) "z 32 9" (1) "z 32 9" (2) "z 32 9" (3)
10. Gir barnet ditt dukker og kosedyr klemmer når det leker? "z 3210" (1) "z 3210" (2) "z 3210" (3)
11. Forsøker barnet ditt å fange oppmerksomheten din eller vise deg noe ved å dra deg i hånden eller i klærne? "z 3211" (1) "z 3211" (2) "z 3211" (3)
12. Kommer barnet til deg når det trenger hjelp, for eksempel for å skru opp lokket på en boks? "z 3212" (1) "z 3212" (2) "z 3212" (3)
13. Tar barnet ditt etter handlinger du gjør, for eksempel tørker opp søl, feier, barberer seg eller grer håret? . "z 3213" (1) "z 3213" (2) "z 3213" (3)

33. Mer om barnets utvikling. (Sett ett kryss for hver linje.)

Ja, vanligvis Svært sjelden Ikke ennå

1. Bruker barnet lyder eller ord samtidig med at han/hun bruker gester (f. eks. når han/hun peker eller strekker hånden mot en ting)? "z 33 1" (1) "z 33 1" (2) "z 33 1" (3)
2. Når du ser ut i rommet, og oppstømt og forbauset sier: "Neimen, hva skjer?" – snur han/hun seg helt for å se på deg hva du ser på? "z 33 2" (1) "z 33 2" (2) "z 33 2" (3)
3. Når du oppmuntrende sier: Hvor er bamsen, (eller en annen leke), vil barnet ditt da peke mot leken, selv om den er over 1 meter unna? "z 33 3" (1) "z 33 3" (2) "z 33 3" (3)
4. Viser barnet deg en leke ved å se på deg og holde leken opp mot ansiktet ditt (f.eks. fra avstand løfter leken mot deg slik at du kan se på den)? "z 33 4" (1) "z 33 4" (2) "z 33 4" (3)



34. Hvor typisk er følgende atferd for ditt barn? (Sett ett kryss for hver linje.)

Svært typisk Ganske typisk Både og Lite typisk Ikke typisk

1. Det skal lite til før barnet gråter "z 34 1" (1) "z 34 1" (2) "z 34 1" (3) "z 34 1" (4) "z 34 1" (5)
2. Barnet er alltid på farten "z 34 2" (1) "z 34 2" (2) "z 34 2" (3) "z 34 2" (4) "z 34 2" (5)
3. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv "z 34 3" (1) "z 34 3" (2) "z 34 3" (3) "z 34 3" (4) "z 34 3" (5)
4. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen "z 34 4" (1) "z 34 4" (2) "z 34 4" (3) "z 34 4" (4) "z 34 4" (5)
5. Barnet er svært sosialt "z 34 5" (1) "z 34 5" (2) "z 34 5" (3) "z 34 5" (4) "z 34 5" (5)
6. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede "z 34 6" (1) "z 34 6" (2) "z 34 6" (3) "z 34 6" (4) "z 34 6" (5)
7. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg "z 34 7" (1) "z 34 7" (2) "z 34 7" (3) "z 34 7" (4) "z 34 7" (5)
8. Barnet foretrekker rolige stillesittende leker framfor mer aktive "z 34 8" (1) "z 34 8" (2) "z 34 8" (3) "z 34 8" (4) "z 34 8" (5)
9. Barnet liker å være sammen med andre mennesker "z 34 9" (1) "z 34 9" (2) "z 34 9" (3) "z 34 9" (4) "z 34 9" (5)
10. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset "z 3410" (1) "z 3410" (2) "z 3410" (3) "z 3410" (4) "z 3410" (5)
11. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede "z 3411" (1) "z 3411" (2) "z 3411" (3) "z 3411" (4) "z 3411" (5)
12. Barnet klager over at noen klær er for trange "z 3412" (1) "z 3412" (2) "z 3412" (3) "z 3412" (4) "z 3412" (5)
13. Barnet blir ute av seg av å vaske ansiktet eller vaske håret "z 3413" (1) "z 3413" (2) "z 3413" (3) "z 3413" (4) "z 3413" (5)



35. Om barnets væremåte. Vi spør hvordan barnet ditt vanligvis er. Hvis noe skjer sjelden (for eksempel hvis du har sett det en eller to ganger), kryss av for nei. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ja	Nei	+
1. Er barnet interessert i ulike typer leker eller ting, ikke bare for eksempel biler eller knapper?	"z_35_1"(1)	"z_35_1"(2)	
2. Når barnet uttrykker følelser, for eksempel smiler eller gråter, forstår du vanligvis <u>hvorfor</u> barnet ler eller gråter?	"z_35_2"(1)	"z_35_2"(2)	
3. Reagerer barnet på normal måte ved sansepåvirkninger som kulde, varme, lys, smerte eller kiling?	"z_35_3"(1)	"z_35_3"(2)	
4. Er det lett å se på barnets ansiktsuttrykk hvordan han/hun har det?	"z_35_4"(1)	"z_35_4"(2)	
5. Når barnet har vært alene en stund, prøver han/hun da å påkalle din oppmerksomhet ved å gråte eller rope på deg?	"z_35_5"(1)	"z_35_5"(2)	
6. Er barnet <u>uten</u> spesiell og repeterende adferd, f.eks dunke hodet i veggen eller rugge kroppen frem og tilbake?	"z_35_6"(1)	"z_35_6"(2)	
7. Liker barnet å få en klem, å bli omfavnet?	"z_35_7"(1)	"z_35_7"(2)	
8. Ler barnet direkte mot dere foreldre eller mot andre mennesker?	"z_35_8"(1)	"z_35_8"(2)	
9. Når noen snakker til barnet, reagerer det da med å se opp, lytte, smile, snakke eller bable?	"z_35_9"(1)	"z_35_9"(2)	
10. Prøver barnet noen gang å trøste deg hvis du er lei deg eller har slått deg?	"z_3510"(1)	"z_3510"(2)	
11. Har det vært ting han/hun tilsynelatende var nødt til å gjøre på en helt spesiell måte eller i spesiell rekkefølge, eller ritualer som han/hun krevet at du skulle utføre?	"z_3511"(1)	"z_3511"(2)	
12. Hender det at barnet gjør noe bare for å få deg til å le?	"z_3512"(1)	"z_3512"(2)	



36. Mer om barnets lek og væremåte. Igjen spør vi hvordan barnet ditt vanligvis er. Hvis noe skjer sjelden (for eksempel hvis du har sett det en eller to ganger), kryss av for nei. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ja	Nei	
1. Liker barnet å bli svinget rundt, husket på kneet eller lignende aktiviteter?	"z_36_1"(1)	"z_36_1"(2)	
2. Er barnet interessert i andre barn?	"z_36_2"(1)	"z_36_2"(2)	
3. Liker barnet å klatre på ting, for eksempel opp en trapp?	"z_36_3"(1)	"z_36_3"(2)	
4. Liker barnet å leke titt-tei lek/gjemsel?	"z_36_4"(1)	"z_36_4"(2)	
5. Hender det noen gang at barnet "later som om" for eksempel snakker i telefonen, steller for dukker, eller "later som om" andre ting?	"z_36_5"(1)	"z_36_5"(2)	
6. Bruker barnet pekefingeren for å peke mot ting for å spørre om å få det?	"z_36_6"(1)	"z_36_6"(2)	
7. Bruker barnet pekefingeren for å peke mot ting for å vise interesse for tingen?	"z_36_7"(1)	"z_36_7"(2)	
8. Kan barnet leke med leker på en variert måte – ikke bare putte dem i munnen, fingre med dem eller slippe dem ned?	"z_36_8"(1)	"z_36_8"(2)	
9. Hender det at barnet kommer bort til deg med ting for å vise deg noe?	"z_36_9"(1)	"z_36_9"(2)	
10. Ser barnet deg i øynene for mer enn et par sekunder?	"z_3610"(1)	"z_3610"(2)	
11. Virker det noen gang som om barnet er overfølsomt for lyder (f.eks stikker fingrene i ørene)?	"z_3611"(1)	"z_3611"(2)	
12. Smiler barnet ditt når det ser ansiktet ditt eller som reaksjon på at du smiler til ham/henne?	"z_3612"(1)	"z_3612"(2)	
13. Hermer barnet etter deg, for eksempel hvis du lager grimaser?	"z_3613"(1)	"z_3613"(2)	
14. Reagerer barnet når du sier navnet hans/hennes?	"z_3614"(1)	"z_3614"(2)	
15. Hvis du peker på en leke på den andre siden av rommet, ser barnet på den?	"z_3615"(1)	"z_3615"(2)	
16. Følger barnet med og ser på ting som du ser på?	"z_3616"(1)	"z_3616"(2)	
17. Gjør barnet uvanlige fingerbevegelser nært opp til ansiktet sitt?	"z_3617"(1)	"z_3617"(2)	
18. Prøver barnet noen ganger å fange oppmerksomheten din med det han/hun holder på med?	"z_3618"(1)	"z_3618"(2)	
19. Har du noen gang lurt på om ditt barn er døv?	"z_3619"(1)	"z_3619"(2)	
20. Opplever du at barnet forstår hva andre sier?	"z_3620"(1)	"z_3620"(2)	
21. Hender det noen ganger at barnet stirrer tomt ut i luften eller vandrer omkring uten hensikt?	"z_3621"(1)	"z_3621"(2)	
22. Ser barnet bort på ansiktet ditt for å se hvordan du reagerer når han/hun støter på noe ukjent?	"z_3622"(1)	"z_3622"(2)	



37. Hvordan passer de følgende utsagn på ditt barns væremåte de siste to månedene? (Sett ett kryss for hver linje.)



	Passer ikke	Passer litt/noen ganger	Passer godt/ofte
1. Barnet kan ikke konsentrere seg, være oppmerksom lengre tid av gangen	"z_37_1"(1)	"z_37_1"(2)	"z_37_1"(3)
2. Barnet skifter fort fra en aktivitet til en annen	"z_37_2"(1)	"z_37_2"(2)	"z_37_2"(3)
3. Barnet kan ikke sitte stille, er urolig eller overaktiv	"z_37_3"(1)	"z_37_3"(2)	"z_37_3"(3)
4. Barnet legger seg bort i alt mulig	"z_37_4"(1)	"z_37_4"(2)	"z_37_4"(3)



(forts.)



	Passer ikke	Passer litt/noen ganger	Passer godt/ofte
5. Barnet er stort sett blid og grei	<input type="checkbox"/> 37 5" (1)	<input type="checkbox"/> 37 5" (2)	<input type="checkbox"/> 37 5" (3)
6. Barnet klenger på voksne, eller er for avhengig	<input type="checkbox"/> 37 6" (1)	<input type="checkbox"/> 37 6" (2)	<input type="checkbox"/> 37 6" (3)
7. Barnet blir for urolig når adskilt fra foreldrene	<input type="checkbox"/> 37 7" (1)	<input type="checkbox"/> 37 7" (2)	<input type="checkbox"/> 37 7" (3)
8. Barnet kommer ofte opp i krangel	<input type="checkbox"/> 37 8" (1)	<input type="checkbox"/> 37 8" (2)	<input type="checkbox"/> 37 8" (3)
9. Barnet slår andre	<input type="checkbox"/> 37 9" (1)	<input type="checkbox"/> 37 9" (2)	<input type="checkbox"/> 37 9" (3)
10. Barnet er trassig	<input type="checkbox"/> 37 10" (1)	<input type="checkbox"/> 37 10" (2)	<input type="checkbox"/> 37 10" (3)
11. Det merkes ikke på barnet når hun/han har gjort noe galt	<input type="checkbox"/> 37 11" (1)	<input type="checkbox"/> 37 11" (2)	<input type="checkbox"/> 37 11" (3)
12. Grensesetting endrer ikke barnets atferd	<input type="checkbox"/> 37 12" (1)	<input type="checkbox"/> 37 12" (2)	<input type="checkbox"/> 37 12" (3)
13. Barnet spiser dårlig	<input type="checkbox"/> 37 13" (1)	<input type="checkbox"/> 37 13" (2)	<input type="checkbox"/> 37 13" (3)
14. Barnet liker nesten all slags mat	<input type="checkbox"/> 37 14" (1)	<input type="checkbox"/> 37 14" (2)	<input type="checkbox"/> 37 14" (3)
15. Barnet motsetter seg å legge seg om kvelden	<input type="checkbox"/> 37 15" (1)	<input type="checkbox"/> 37 15" (2)	<input type="checkbox"/> 37 15" (3)
16. Barnet vil ikke sove alene	<input type="checkbox"/> 37 16" (1)	<input type="checkbox"/> 37 16" (2)	<input type="checkbox"/> 37 16" (3)
17. Barnet er redd for å prøve nye ting	<input type="checkbox"/> 37 17" (1)	<input type="checkbox"/> 37 17" (2)	<input type="checkbox"/> 37 17" (3)
18. Barnet blir urolig av enhver forandring i faste rutiner	<input type="checkbox"/> 37 18" (1)	<input type="checkbox"/> 37 18" (2)	<input type="checkbox"/> 37 18" (3)
19. Barnet er for redd og engstelig	<input type="checkbox"/> 37 19" (1)	<input type="checkbox"/> 37 19" (2)	<input type="checkbox"/> 37 19" (3)

38. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten?

- ☐ 38" (1) eller flere ganger hver natt
☐ 38" (2) ganger hver natt
☐ 38" (3) én gang i uken
☐ 38" (4) aldri

39. Hvor mange timer sover barnet til sammen pr. døgn?

- ☐ 39" (1) 10 timer eller mindre
☐ 39" (2) 12 timer
☐ 39" (3) 14 timer
☐ 39" (4) 16 timer eller mer

40. Om bekymringer. (Sett ett kryss for hver linje.)

1. Er du bekymret for barnets fysiske utvikling?
2. Er du bekymret for barnets væremåte?
3. Er du bekymret fordi barnet er krevende og vanskelig å ha med å gjøre?
4. Er du bekymret fordi barnet er så lite interessert i andre barn?
5. Har du annen bekymring for barnets helse?

Nei Ja Vet ikke

- ☐ 40 1" (1) ☐ 40 1" (2) ☐ 40 1" (3)
☐ 40 2" (1) ☐ 40 2" (2) ☐ 40 2" (3)
☐ 40 3" (1) ☐ 40 3" (2) ☐ 40 3" (3)
☐ 40 4" (1) ☐ 40 4" (2) ☐ 40 5 2"
☐ 40 5 1" ☐ 40 5 1" (2)

(Benytt gjerne siste siden til ekstra skriveplass)

Barnets hverdag

41. Hvor har barnet vært passet på dagtid? Kryss av for ulike alderstrinn. (Kryss av for hver linje.)

	Hjemme med mor/far	Hjemme med dagmamma/praktikant	Hos dagmamma/familiebarnehage	Barnehage
1. 0-6 måneder	<input type="checkbox"/> 41 1 1"	<input type="checkbox"/> 41 1 2"	<input type="checkbox"/> 41 1 3"	<input type="checkbox"/> 41 1 4"
2. 7-9 måneder	<input type="checkbox"/> 41 2 1"	<input type="checkbox"/> 41 2 2"	<input type="checkbox"/> 41 2 3"	<input type="checkbox"/> 41 2 4"
3. 10-12 måneder	<input type="checkbox"/> 41 3 1"	<input type="checkbox"/> 41 3 2"	<input type="checkbox"/> 41 3 3"	<input type="checkbox"/> 41 3 4"
4. 13-15 måneder	<input type="checkbox"/> 41 4 1"	<input type="checkbox"/> 41 4 2"	<input type="checkbox"/> 41 4 3"	<input type="checkbox"/> 41 4 4"
5. 16-18 måneder	<input type="checkbox"/> 41 5 1"	<input type="checkbox"/> 41 5 2"	<input type="checkbox"/> 41 5 3"	<input type="checkbox"/> 41 5 4"

42. Hvor mange timer per uke er barnet i nåværende barnepass-ordning (annet enn pass av mor og far)?

☐ 42" timer

43. Hvor mange barn passes sammen i denne barnepass-ordningen (hvis barnehage, hvor mange i avdelingen)?

☐ 43" barn

44. Bor du og barnet sammen med barnets far?

- ☐ 44" (1)
☐ 44" (2)



45. Hvis barnet ikke bor sammen med sin far, hvor mye er barnet sammen med ham?

- ☐ 45.1 minst halvparten av tiden
☐ 45.2 minst en gang i uken
☐ 45.3 minst en gang i måneden
☐ 45.4 sjeldnere enn en gang i måneden
☐ 45.5 aldri

46. Hvor mange ganger har dere flyttet siden barnet ble født?

46.1 ganger

47. Omtrent hvor stort boareal har din nåværende bolig?

47.1 m²

48. Har dere oppvarming med elektriske varmekabler i gulvet i rom hvor barnet oppholder seg?

- ☐ 48.1 ja ☐ 48.2 nei

49. Hvis ja, hvilke rom? (Sett eventuelt flere kryss)

- ☐ 49.1 stue ☐ 49.5 gang
☐ 49.2 kjøkken ☐ 49.6 bad
☐ 49.3 soverom ☐ 49.7 andre rom
☐ 49.4 soverom

50. Har det vært fuktekader, synlig sopp/muggvekst eller mugglukt i boligen i løpet av siste år? (Du kan sette flere kryss.)

- ☐ 50.1 ja
☐ 50.2 fuktekader
☐ 50.3 synlig sopp-/muggvekst
☐ 50.4 mugglukt

51. Hva slags drikkevann er det der dere bor?

- ☐ 51.1 vann fra offentlig eller privat vannverk
☐ 51.2 vann fra egen vannforsyning (f.eks. egen brønn)
☐ 51.3 det ikke

52. Bor dere i nærheten av en høyspentledning?

- ☐ 52.1 ja
☐ 52.2 nærmere enn 50 meter
☐ 52.3 50–100 meter unna
☐ 52.4 mer enn 100 meter fra

53. Er det dyr i barnets hjem, eller hos dagmamma?

- ☐ 53.1 ja
☐ 53.2 i hjemmet
☐ 53.3 hos dagmamma

54. Hvis ja, hva slags dyr? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ 54.1 hund
☐ 54.2 katt
☐ 54.3 harevin, kanin, mus, rotte eller lignende
☐ 54.4 duilat, annen fugl
☐ 54.5 1. dyr:
☐ 54.5.2 2. dyr:

55. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

- ☐ 55.1 daglig. Antall timer per dag 55.2
☐ 55.1.1 1-2 ganger i uken
☐ 55.1.2 3-4 ganger i uken
☐ 55.1.3 5-6 ganger i uken
☐ 55.1.4 7-8 ganger i uken
☐ 55.1.5 9-10 ganger i uken

56. Hvor ofte berstes barnets tenner?

- ☐ 56.1 1-2 ganger pr. dag eller oftere
☐ 56.2 3-4 ganger pr. dag
☐ 56.3 5-6 ganger pr. dag
☐ 56.4 7-8 ganger pr. dag

57. Brukes fluortannkrem på børstene?

- ☐ 57.1 ja
☐ 57.2 ja, men ikke regelmessig
☐ 57.3 ja, men ikke regelmessig
☐ 57.4 nei

58. Hvor mye er barnet utendørs nå for tiden?

- ☐ 58.1 mindre enn 1 time
☐ 58.2 1-2 timer
☐ 58.3 3-4 timer
☐ 58.4 mer enn 4 timer

59. Hvor mange timer gjennomsnittlig sitter barnet daglig foran TV/video?

- ☐ 59.1 1-2 timer
☐ 59.2 3-4 timer
☐ 59.3 5-6 timer
☐ 59.4 mer enn 6 timer
☐ 59.5 7-8 timer
☐ 59.6 9-10 timer

60. Deltar eller har barnet deltatt i babyvømming?

- ☐ 60.1 ja
☐ 60.2 nei
Hvis ja, Hvor lenge har barnet deltatt? 60.3 måneder

61. Bruker barnet narresmokk nå ved 18 måneders alder?

- ☐ 61.1 ja
☐ 61.2 nei
☐ 61.3 kanskje
☐ 61.4 aldri

+

+

71. Har du de siste 12 månedene hatt smerter noen av følgende steder? (Sett ett kryss for hver linje.)

	Sjelden/aldri	Litt plaget	En del plaget	Sterkt plaget
1. Magen	<input type="checkbox"/> "z 71 1" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 1" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 1" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 1" 4
2. Armer/bein	<input type="checkbox"/> "z 71 2" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 2" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 2" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 2" 4
3. Nakke/skuldre	<input type="checkbox"/> "z 71 3" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 3" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 3" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 3" 4
4. Hodet	<input type="checkbox"/> "z 71 4" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 4" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 4" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 4" 4
5. Ryggen	<input type="checkbox"/> "z 71 5" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 5" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 5" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 5" 4
6. Bekkenet (bekkenløsning)	<input type="checkbox"/> "z 71 6" 1	<input type="checkbox"/> "z 71 6" 2	<input type="checkbox"/> "z 71 6" 3	<input type="checkbox"/> "z 71 6" 4

72. Hvis du har hatt smerter i rygg eller bekken de siste 12 måneder, kryss av for hvor mye du var plaget på ulike steder:

	En del plaget	Sterkt plaget
1. I korsryggen	<input type="checkbox"/> "z 72 1" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 1" 2
2. Over det ene bekkenleddet bak ...	<input type="checkbox"/> "z 72 2" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 2" 2
3. Over begge bekkenleddene bak ...	<input type="checkbox"/> "z 72 3" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 3" 2
4. Over halebeinet	<input type="checkbox"/> "z 72 4" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 4" 2
5. I seteballene	<input type="checkbox"/> "z 72 5" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 5" 2
6. Foran over kjønnsbenet	<input type="checkbox"/> "z 72 6" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 6" 2
7. I lysken	<input type="checkbox"/> "z 72 7" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 7" 2
8. Andre ryggsmarter	<input type="checkbox"/> "z 72 8" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 8" 2
9. Andre smerter	<input type="checkbox"/> "z 72 9" 1	<input type="checkbox"/> "z 72 9" 2

74. Har du nå for tiden så store vansker med å gå pga. bekkenmerter at du må bruke stokk eller krykker?

- ☐ "z 74" 1, aldri
☐ "z 74" 2, men ikke hver dag - smerter varierer fra dag til dag
☐ "z 74" 3, må bruke stokk eller krykker hver dag

75. Har du fått behandling for bekkenmerter etter siste fødsel?

- ☐ "z 75" 1
☐ "z 75" 2

76. Hvis ja, hvilken type behandling har du fått? (Sett eventuelt flere kryss.)

- ☐ "z 76 1, fysioterapi
☐ "z 76 2, fysioterapi
☐ "z 76 3, medikamenter
☐ "z 76 4 1, annet:

73. Våkner du om natten pga. bekkenmerter nå for tiden?

- ☐ "z 73" 1, aldri
☐ "z 73" 2, en sjelden gang
☐ "z 73" 3, ofte



77. Har du nå for tiden noen av følgende plager? (Kryss av for hver linje.)

Plager:	Hvor ofte har du plagene?					Hvor mye om gangen?	
	Aldri	1-4 ganger pr. mnd.	1-6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	Mer enn 1 gang pr. dag	Dråper	Større mengder
1. Urinlekkasje ved hosting, nysing eller latter ...	<input type="checkbox"/> "z 77 1 1" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 1 1" 2	<input type="checkbox"/> "z 77 1 1" 3	<input type="checkbox"/> "z 77 1 1" 4	<input type="checkbox"/> "z 77 1 1" 5	<input type="checkbox"/> "z 77 1 2" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 1 2" 2
2. Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp) ...	<input type="checkbox"/> "z 77 2 1" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 2 1" 2	<input type="checkbox"/> "z 77 2 1" 3	<input type="checkbox"/> "z 77 2 1" 4	<input type="checkbox"/> "z 77 2 1" 5	<input type="checkbox"/> "z 77 2 2" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 2 2" 2
3. Urinlekkasje ved sterk trang til vannlating ...	<input type="checkbox"/> "z 77 3 1" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 3 1" 2	<input type="checkbox"/> "z 77 3 1" 3	<input type="checkbox"/> "z 77 3 1" 4	<input type="checkbox"/> "z 77 3 1" 5	<input type="checkbox"/> "z 77 3 2" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 3 2" 2
4. Problemer med å holde på avføring	<input type="checkbox"/> "z 77 4" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 4" 2	<input type="checkbox"/> "z 77 4" 3	<input type="checkbox"/> "z 77 4" 4	<input type="checkbox"/> "z 77 4" 5		
5. Problemer med å holde på luft	<input type="checkbox"/> "z 77 5" 1	<input type="checkbox"/> "z 77 5" 2	<input type="checkbox"/> "z 77 5" 3	<input type="checkbox"/> "z 77 5" 4	<input type="checkbox"/> "z 77 5" 5		

78. Bruker du medisiner jevnlig? (Dette gjelder alle typer medisiner, også naturmedisiner.)

- ☐ "z 78" 1
☐ "z 78" 2



79. Hvis ja, oppgi navn på medisinene og hvor ofte du bruker dem. (Ta med alle typer medisiner, også naturmedisiner.)

Navn på medisinen

(f.eks. Apocillin, Paracet)



Hvor ofte bruker du dem?

Hver dag

Daglig i perioder

Av og til

"z 79 1 1"	"z 79 1 2" (1)	"z 79 1 2" (2)	"z 79 1 2" (3)
"z 79 2 1"	"z 79 2 2" (1)	"z 79 2 2" (2)	"z 79 2 2" (3)
"z 79 3 1"	"z 79 3 2" (1)	"z 79 3 2" (2)	"z 79 3 2" (3)
"z 79 4 1"	"z 79 4 2" (1)	"z 79 4 2" (2)	"z 79 4 2" (3)

Økonomi – livsstil

80. Hvor lang permisjon tok du/dere etter fødselen? (Oppgi enten antall måneder eller uker.)

Måneder

Uker

Deg selv

eller

Barnets far

eller

84. Er økonomien slik at du/dere vil ha mulighet til å klare en uforutsatt regning på kr. 3000 til f. eks. tannlege eller en reparasjon?

"z 84" (1)

"z 84" (2)

"z 84" (3) Ikke

81. Har du nå inntektagivende arbeid?

"z 81" (1)

"z 81" (2)



82. Hvis ja, hvor mange timer arbeider du pr. uke?

"z 82"



timer

83. Hvis du er i lønnet arbeid, har du vært sykemeldt siden du begynte å arbeide igjen? Hvis ja, oppgi hvor mange dager du var sykemeldt.

Antall dager

"z 83 1"

"z 83 2 1" på grunn av egen sykdom.

"z 83 2 2"

"z 83 3 1" på grunn av sykdom hos barn.

"z 83 3 2"

85. Har det i løpet av det siste halve året hendt at du/dere har hatt vansker med å klare løpende utgifter til mat, transport, husleie og lignende?

"z 85" (1), aldri

"z 85" (2) en sjelden gang

"z 85" (3) av og til

"z 85" (4) ofte



86. Hvor ofte er du så fysisk aktiv (i fritid eller på arbeid) at du blir andpusten eller svett?

I fritiden

På arbeid

1. Aldri	"z 86 1" (1)	"z 86 2" (1)
2. Mindre enn 1 gang pr. uke	"z 86 1" (2)	"z 86 2" (2)
3. 1 gang pr. uke	"z 86 1" (3)	"z 86 2" (3)
4. 2 ganger pr. uke	"z 86 1" (4)	"z 86 2" (4)
5. 3-4 ganger per uke	"z 86 1" (5)	"z 86 2" (5)
6. 5 ganger eller mer pr. uke	"z 86 1" (6)	"z 86 2" (6)

87. Hvor ofte driver du fysisk aktivitet nå for tiden? (Sett ett kryss for hver linje.)

Aktivitet

Aldri

1-3 ganger pr. mnd

1 gang pr. uke

2 ganger pr. uke

3 ganger eller mer pr. uke

1. Rolig gange/spasertur	"z 87 1" (1)	"z 87 1" (2)	"z 87 1" (3)	"z 87 1" (4)	"z 87 1" (5)
2. Rask gange/turgang	"z 87 2" (1)	"z 87 2" (2)	"z 87 2" (3)	"z 87 2" (4)	"z 87 2" (5)
3. Løping/jogging/orientering	"z 87 3" (1)	"z 87 3" (2)	"z 87 3" (3)	"z 87 3" (4)	"z 87 3" (5)
4. Sykling	"z 87 4" (1)	"z 87 4" (2)	"z 87 4" (3)	"z 87 4" (4)	"z 87 4" (5)
5. Helsestudio/styrketrening	"z 87 5" (1)	"z 87 5" (2)	"z 87 5" (3)	"z 87 5" (4)	"z 87 5" (5)
6. Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp	"z 87 6" (1)	"z 87 6" (2)	"z 87 6" (3)	"z 87 6" (4)	"z 87 6" (5)
7. Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	"z 87 7" (1)	"z 87 7" (2)	"z 87 7" (3)	"z 87 7" (4)	"z 87 7" (5)
8. Dansing (f.eks. swing, rock, folkedans)	"z 87 8" (1)	"z 87 8" (2)	"z 87 8" (3)	"z 87 8" (4)	"z 87 8" (5)
9. Skigåing	"z 87 9" (1)	"z 87 9" (2)	"z 87 9" (3)	"z 87 9" (4)	"z 87 9" (5)
10. Ballspill/nettballspill	"z 87 10" (1)	"z 87 10" (2)	"z 87 10" (3)	"z 87 10" (4)	"z 87 10" (5)
11. Svømming	"z 87 11" (1)	"z 87 11" (2)	"z 87 11" (3)	"z 87 11" (4)	"z 87 11" (5)
12. Riding	"z 87 12" (1)	"z 87 12" (2)	"z 87 12" (3)	"z 87 12" (4)	"z 87 12" (5)
13. Annet	"z 87 13" (1)	"z 87 13" (2)	"z 87 13" (3)	"z 87 13" (4)	"z 87 13" (5)

88. Hvordan er røykevanene i hjemmet nå?

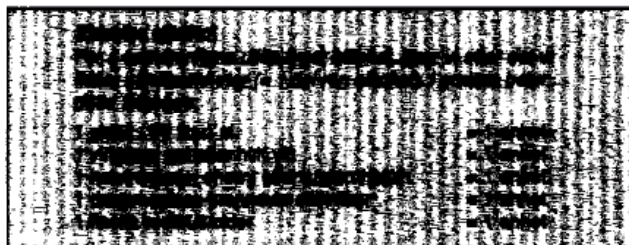
	Deg selv	Din samboer/ ektefelle
1. Røyker ikke	<input type="checkbox"/> "z 88 1 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 88 2 1" (1)
2. Røyker av og til	<input type="checkbox"/> "z 88 1 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 88 2 1" (2)
3. Røyker daglig	<input type="checkbox"/> "z 88 1 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 88 2 1" (3)
4. Hvis daglig, antall sigaretter per dag	<input type="checkbox"/> "z 88 1 2"	<input type="checkbox"/> "z 88 2 2"

89. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

- ☐ "z 89" (1) omtrent 6-7 ganger pr. uke
☐ "z 89" (2) omtrent 4-5 ganger pr. uke
☐ "z 89" (3) omtrent 2-3 ganger pr. uke
☐ "z 89" (4) omtrent 1 gang pr. uke
☐ "z 89" (5) omtrent 1-3 ganger pr. måned
☐ "z 89" (6) sjeldnere enn 1 gang pr. måned
☐ "z 89" (7) aldri

90. Hvor mange alkoholenheter drikker du vanligvis når du nyter alkohol? Kryss av for både i helgen og hverdagen. (Se forklaring nedenfor.)

	I helgen	Hverdager
10 eller flere	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (1)
7-9	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (2)
5-6	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (3)
3-4	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (4)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (4)
1-2	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (5)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (5)
Færre enn 1	<input type="checkbox"/> "z 90 1" (6)	<input type="checkbox"/> "z 90 2" (6)



Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

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



	Svært enig	Enig	Litt enig	Litt uenig	Uenig	Svært uenig
1. Det er et nært samhold mellom meg og min ektefelle/samboer/partner	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 1" (6)
2. Min partner og jeg har problemer i parforholdet	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 2" (6)
3. Jeg er svært lykkelig i mitt parforhold	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 3" (6)
4. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 4" (6)
5. Jeg tenker ofte på å avslutte vårt parforhold	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 5" (6)
6. Jeg er fornøyd med forholdet til min partner	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 6" (6)
7. Vi er ofte uenige om viktige avgjørelser	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 7" (6)
8. Jeg har vært heldig med valg av partner	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 8" (6)
9. Vi er enige om hvordan barn bør oppdras	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 9" (6)
10. Jeg tror min partner er fornøyd med forholdet	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (1)	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (2)	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (3)	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (4)	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (5)	<input type="checkbox"/> "z 91 10" (6)

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

- ☐ "z 92" (1) ingen
☐ "z 92" (2) 1-2 personer
☐ "z 92" (3) flere enn 2 personer

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

- ☐ "z 93" (1) lang i måneden eller sjeldnere
☐ "z 93" (2) ganger i måneden
☐ "z 93" (3) mer enn 2 ganger i uken

94. Føler du deg ofte ensom?

- ☐ "z 94" (1) sten aldri
☐ "z 94" (2) den
☐ "z 94" (3) og til
☐ "z 94" (4) i regel
☐ "z 94" (5) nesten alltid

95. Hvor riktig er disse utsagnene for deg? (Sett ett kryss for hver linje.)



	Ikke riktig	Litt riktig	Nesten riktig	Helt riktig
1. Jeg klarer alltid å løse vanskelige problemer hvis jeg prøver hardt nok	<input type="checkbox"/> "z 95 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 95 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 95 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 95 1" (4)
2. Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/> "z 95 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 95 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 95 2" (3)	<input type="checkbox"/> "z 95 2" (4)
3. Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/> "z 95 3" (1)	<input type="checkbox"/> "z 95 3" (2)	<input type="checkbox"/> "z 95 3" (3)	<input type="checkbox"/> "z 95 3" (4)
4. Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på min evne til å klare meg	<input type="checkbox"/> "z 95 4" (1)	<input type="checkbox"/> "z 95 4" (2)	<input type="checkbox"/> "z 95 4" (3)	<input type="checkbox"/> "z 95 4" (4)
5. Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/> "z 95 5" (1)	<input type="checkbox"/> "z 95 5" (2)	<input type="checkbox"/> "z 95 5" (3)	<input type="checkbox"/> "z 95 5" (4)

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

	Sjelden/ aldri	Nokså sjelden	Noen ganger	Ofta	Veldig ofta
1. Føler deg glad for noe	<input type="checkbox"/> "z 96 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 1" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 1" (5)
2. Føler deg lykkelig	<input type="checkbox"/> "z 96 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 2" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 2" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 2" (5)
3. Føler deg oppstørmt, som om alt legger seg til rette for deg	<input type="checkbox"/> "z 96 3" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 3" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 3" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 3" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 3" (5)
4. Føler at du vil skrike til noen eller slå løs på ting	<input type="checkbox"/> "z 96 4" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 4" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 4" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 4" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 4" (5)
5. Føler deg sint, irritert eller ergerlig	<input type="checkbox"/> "z 96 5" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 5" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 5" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 5" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 5" (5)
6. Føler deg rasende på noen	<input type="checkbox"/> "z 96 6" (1)	<input type="checkbox"/> "z 96 6" (2)	<input type="checkbox"/> "z 96 6" (3)	<input type="checkbox"/> "z 96 6" (4)	<input type="checkbox"/> "z 96 6" (5)

97. 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"/> "z 97 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 97 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 97 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 97 1" (4)
2. Jeg føler meg virkelig ubrukkelig til tider	<input type="checkbox"/> "z 97 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 97 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 97 2" (3)	<input type="checkbox"/> "z 97 2" (4)
3. Jeg føler at jeg ikke har mye å være stolt av	<input type="checkbox"/> "z 97 3" (1)	<input type="checkbox"/> "z 97 3" (2)	<input type="checkbox"/> "z 97 3" (3)	<input type="checkbox"/> "z 97 3" (4)
4. Jeg føler at jeg er en verdifull person, iallfall på lik linje med andre	<input type="checkbox"/> "z 97 4" (1)	<input type="checkbox"/> "z 97 4" (2)	<input type="checkbox"/> "z 97 4" (3)	<input type="checkbox"/> "z 97 4" (4)

98. Har du i løpet av de 2 siste 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"/> "z 98 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 1" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 1" (4)
2. Nervøsitet, indre uro	<input type="checkbox"/> "z 98 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 2" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 2" (4)
3. Følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden	<input type="checkbox"/> "z 98 3" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 3" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 3" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 3" (4)
4. Nedtrykt, tungsindig	<input type="checkbox"/> "z 98 4" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 4" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 4" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 4" (4)
5. Mye bekymret eller urolig	<input type="checkbox"/> "z 98 5" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 5" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 5" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 5" (4)
6. Følelse av at alt er et slit	<input type="checkbox"/> "z 98 6" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 6" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 6" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 6" (4)
7. Føler deg anspent eller oppjaget	<input type="checkbox"/> "z 98 7" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 7" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 7" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 7" (4)
8. Plutselig frykt uten grunn	<input type="checkbox"/> "z 98 8" (1)	<input type="checkbox"/> "z 98 8" (2)	<input type="checkbox"/> "z 98 8" (3)	<input type="checkbox"/> "z 98 8" (4)

99. Har du opplevd noe av det følgende det siste året (siden forrige spørreskjema)? Hvis ja, hvor vondt eller vanskelig var dette for deg? (Kryss av for hver linje.)

	Nei	Ja	Ikke så ille	Hvis ja Vondt/ vanskelig	Veldig vondt/ vanskelig
1. Problemer på arbeidsplassen eller der du utdanner deg	<input type="checkbox"/> "z 99 1 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 1 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 1 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 1 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 1 2" (3)
2. Økonomiske problemer	<input type="checkbox"/> "z 99 2 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 2 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 2 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 2 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 2 2" (3)
3. Ble skilt, separert eller avbrøt samlivet	<input type="checkbox"/> "z 99 3 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 3 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 3 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 3 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 3 2" (3)
4. Problemer eller konflikter med familie, venner eller naboer	<input type="checkbox"/> "z 99 4 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 4 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 4 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 4 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 4 2" (3)
5. Alvorlig bekymring for om det er noe galt med barnet	<input type="checkbox"/> "z 99 5 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 5 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 5 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 5 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 5 2" (3)
6. Alvorlig sykdom eller skade (deg selv)	<input type="checkbox"/> "z 99 6 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 6 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 6 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 6 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 6 2" (3)
7. En av de nærmeste har vært alvorlig syk eller skadet	<input type="checkbox"/> "z 99 7 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 7 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 7 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 7 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 7 2" (3)
8. Alvorlig trafikkulykke, boligbrann eller grovt tyveri	<input type="checkbox"/> "z 99 8 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 8 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 8 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 8 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 8 2" (3)
9. Mistet en som sto deg nær	<input type="checkbox"/> "z 99 9 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 9 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 9 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 99 9 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 99 9 2" (3)
10. Blitt presset til seksuelle handlinger	<input type="checkbox"/> "z 9910 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 9910 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 9910 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 9910 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 9910 2" (3)
11. Annet	<input type="checkbox"/> "z 9911 1" (1)	<input type="checkbox"/> "z 9911 1" (2)	<input type="checkbox"/> "z 9911 2" (1)	<input type="checkbox"/> "z 9911 2" (2)	<input type="checkbox"/> "z 9911 2" (3)

100. Hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt?

- ☐ Svært dårlig
☐ Dårlig
☐ Verken god eller dårlig
☐ God
☐ Svært god

101. Hvor tilfreds er du med helsen din?

- ☐ Svært utilfreds
☐ Utilfreds
☐ Verken tilfreds eller utilfreds
☐ Tilfreds
☐ Svært tilfreds

102. De følgende spørsmålene spør etter hvor mye du har opplevd av bestemte ting i de siste to ukene. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	I høy grad	I svært høy grad
1. I hvilken grad føler du at smerte hindrer deg i å gjøre det du må?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. I hvilken grad trenger du medisinsk behandling for å kunne fungere til daglig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hvor mye gleder du deg over livet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. I hvilken grad føler du at livet ditt er meningsfullt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hvor godt kan du konsentrere deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hvor trygg føler du deg til daglig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hvor sunne er dine fysiske omgivelser?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

103. De følgende spørsmålene spør etter hvor fullstendig du opplevde eller kunne utføre bestemte ting i løpet av de siste to ukene. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Ikke i det hele tatt	Litt	Til en viss grad	I høy grad	Fullstendig
1. Har du nok energi til dine daglige gjøremål?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Kan du akseptere utseende ditt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Har du nok penger til å dekke dine behov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hvor tilgjengelig er den informasjonen som du trenger i dagliglivet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. I hvilken grad har du mulighet for å delta i fritidsaktiviteter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

104. Hvor godt er du i stand til å komme deg dit du vil?

- ☐ Svært dårlig
☐ Dårlig
☐ Verken godt eller dårlig
☐ Godt
☐ Svært godt

105. De følgende spørsmålene spør etter hvor glad eller tilfreds du har følt deg over bestemte sider ved livet i de siste to ukene. (Sett ett kryss for hver linje.)

	Svært utilfreds	Utilfreds	Verken tilfreds eller utilfreds	Tilfreds	Svært tilfreds
1. Hvor tilfreds er du med hvordan du sover?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Hvor tilfreds er du med din evne til å utføre dine daglige gjøremål?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Hvor tilfreds er du med din arbeidskapasitet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Hvor tilfreds er du med deg selv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Hvor tilfreds er du med ditt forhold til andre mennesker?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Hvor tilfreds er du med ditt seksualliv?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Hvor tilfreds er du med den støtten du får fra dine venner?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Hvor tilfreds er du med forholdene der du bor?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Hvor tilfreds er du med din tilgang til helsetjenester?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Hvor tilfreds er du med transportmulighetene dine?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

106. Det følgende spørsmålet refererer seg til hvor ofte du har opplevd eller følt negative følelser i løpet av de siste to ukene?

Hvor ofte har du opplevd negative følelser, som f.eks.
at du er trist, fortvilet, engstelig eller deprimeret?



Aldri

Sjelden

Ofta

Svært ofte

Alltid

"z106" 1

"z106" 2

"z106" 3

"z106" 4

"z106" 5

KOMMENTARER:

"z ev s18"



BARNETS MÅL OG VEKT

107. Hvis noen av målene i spørsmål 30 mangler i barnets helsekort, kan vi da ta kontakt med helsestasjonen for å få disse?

"z107_1" 1

"z107_1" 2

Navn på helsestasjonen

Poststed eller kommune

"z107_2"

"z107_3"

Har du husket å fylle ut dato for utfylling av skjema på side 1?

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
Kalfarvelen 31
5018 Bergen

"z id"

