

den norske *Mor & barn 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 satt 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:

- 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. 2001)

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Melkerstatning ved melkeallergi/intoleranse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Helmelk (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lettmelk vanlig (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ekstra lett melk (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Skummet melk (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Biola – alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Annen yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andre surmelk typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

2. Hvor ofte får barnet følgende drikke nå ved ca. 18 måneders alder? (Kryss av for hver linje.)

+	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst en gang daglig
1. Brystmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Morsmelkerstatning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. H-melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lett skummet melk (søt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Biola – alle typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Annen yoghurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andre surmelk typer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vann fra springen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vann kjøpt på flaske	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Saft, sukret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Saft, kunstig søtet (lettprodukt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Brus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lettbrus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Annet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Får barnet følgende drikke om natten nå ved ca. 18 måneders alder? (Kryss av for hver linje.)

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

4. Hvor ofte får barnet følgende mat nå ved ca. 18 måneders alder? (Kryss av for hver linje.)

+	Aldri/ sjelden	1-3 ganger pr. uke	4-6 ganger pr. uke	Minst en gang daglig
1. Brødmat med leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Brødmat med kjøttpålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Brødmat med fisk (f.eks. sardin, makrell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Brødmat med ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Brødmat med syltetøy/honning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Brødmat med annet pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnegrøt med jern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Annen grøt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kjøtt, pølse, kjøttboller o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Fisk, fiskeboller, fiskepudding o.l.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Poteter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Erter, bønner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Andre kokte grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Rå grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Yoghurt/annen surmelk med frukt/bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kake/dessert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sjokolade/godterier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Får barnet hjemmelaget middagsmat eller ferdiglaget (indutrifremstilt) barnemat på glass?

- ☐ Bare hjemmelaget
☐ Mest hjemmelaget
☐ Omtrent halvparten av hvert
☐ Mest ferdiglaget

6. Får barnet økologisk dyrket mat/drikke?

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Vet ikke

+

7. Hvis barnet får økologisk mat/drikke, hva slags og hvor ofte? (Kryss av for hver linje.)

	Aldri/ sjelden	Av og til	Ofte	Nesten alltid
Søt melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur melk/yoghurt . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsaker/frukt . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøt/mel/brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Reagerer barnet på visse matvarer ?

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Vet ikke

+

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

- | | | |
|--|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> H-melk | 8. <input type="checkbox"/> Egg, kokt eller stekt | 14. <input type="checkbox"/> Fukt, bær |
| 2. <input type="checkbox"/> Skummet melk/lettmelk | 9. <input type="checkbox"/> Fisk/fiskeprodukter | 15. <input type="checkbox"/> Grønnsaker/poteter |
| 3. <input type="checkbox"/> Fløte | 10. <input type="checkbox"/> Tilsetningsstoffer | 16. <input type="checkbox"/> Sjokolade |
| 4. <input type="checkbox"/> Yoghurt/sur melk | 11. <input type="checkbox"/> Hvete | 17. <input type="checkbox"/> Andre godterier |
| 5. <input type="checkbox"/> Iskrem | 12. <input type="checkbox"/> Nøtter | 18. <input type="checkbox"/> Sukker |
| 6. <input type="checkbox"/> Ost | 13. <input type="checkbox"/> Soya | 19. <input type="checkbox"/> Annet: _____ |
| 7. <input type="checkbox"/> Rått egg (f.eks eggedosis) | | |

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

- ☐ Nei
☐ Ja

+

11. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fisk/fiskeprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kjøtt/kjøttprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sukker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- ☐ Nei
☐ Ja

+

+

13. Hvis ja, kryss av for 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2. Biovit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3. Sanasol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4. Collett spedbarnsvitaminer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
5. Fluortabletter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
6. Jerntilskudd, hvilket:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
7. Annet kosttilskudd, hvilket:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Vekst, helse og sykdom

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

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

- ☐ 0 - 4
☐ 5 - 10
☐ 11 - 15
☐ 16 eller flere

+

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

- ☐ Ja, alle vaksiner
☐ Ja, noen vaksiner
☐ Nei, ingen vaksiner

+

16. Kryss av for hvilke vaksiner barnet har fått? Kryss også av for hvor mange ganger barnet har fått vaksinen samt om det har vært noen bivirkning som medførte kontakt med lege eller sykehus.

Vaksiner	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 (Infanrix)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. DT (Difteri/tetanus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Polio – Hib (Act-Hib polio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. MMR (Meslinger, kuma, røde hunder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hepatitt B (Engerix-B)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. BCG (tuberkulose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Annen vaksine:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

17. Hvor enig er du i følgende påstander om helsestasjonen? (Kryss av for hver linje.)

	Helt enig	Litt enig	Litt uenig	Helt uenig
Jeg får god informasjon på helsestasjonen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg kan snakke om det jeg har behov for.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg føler meg trygg på at helsestasjonen kan vurdere mitt barns helse og utvikling.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Har eller har barnet hatt noen av følgende helseproblemer. Hvis ja, har helsestasjonen eller andre henvist barnet til videre spesialistundersøkelse? (Kryss av for hver linje.)

Helseproblem	+	Hvis ja, er barnet henvist til spesialistundersøkelse?				
		Nei	Ja	Nei	Ja, fra helsestasjonen	Ja, fra andre
1. Høfter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hørsel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Syn		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Forsinket motorisk utvikling (f.eks sitter/går sent) ..		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. For liten vektøkning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. For stor vektøkning		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avvikende hodeomkrets		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hjertefeil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Testiklene ikke kommet ned i pungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Astma		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Atopisk (barne)eksem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Elveblest		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Matallergi/intoleranse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Annen misdannelse:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Annet:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Hvis barnet ble undersøkt videre, hva viste denne undersøkelsen?

<input type="checkbox"/> Alt var i orden	+
<input type="checkbox"/> Fortsatt tvil/utredes videre	
<input type="checkbox"/> Har ikke vært til undersøkelse ennå	
<input type="checkbox"/> Fått følgende diagnose:	

20. Har barnet vært behandlet med "pute" for hoftelidelse?

<input type="checkbox"/> Nei	
<input type="checkbox"/> Ja	Hvor lenge? <input type="text"/> <input type="text"/> måneder

21. Har barnet hatt noen av følgende sykdom/helseproblem de siste 12 måneder? Kryss av om barnet har hatt problemet ved 6-11 måneders alder og/eller ved 12-18 måneders alder. Oppgi også hvor mange ganger og om barnet ble innlagt på sykehus for problemet? (Kryss av for hver linje.)

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
1. Forkjølelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Halsbetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ørebetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falsk krupp		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bronkitt/RS-virus/lungebetennelse		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Omgangssyke/diare		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Urinveisinfeksjon		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Øyekatarr		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Feberkramper		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Andre kramper (uten feber)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Skade eller ulykke		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Annet helseproblem:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Legevaktlege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Privatpraktiserende spesialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Poliklinikk på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

+

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

Navn på sykehus: _____

Navn på sykehus: _____

Navn på sykehus: _____

+

24. Har barnet hatt noen av følgende symptomer de siste 12 månedene? 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tetthet i brystet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Natlig hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rennende nese uten forkjølelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Forstoppelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kløende utslett som kommer og går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Har barnet vært allergitestet?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

26. 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. <input type="checkbox"/> Melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. <input type="checkbox"/> Egg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. <input type="checkbox"/> Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. <input type="checkbox"/> Muggsopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <input type="checkbox"/> Midd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <input type="checkbox"/> Dyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <input type="checkbox"/> Pollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <input type="checkbox"/> Annet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. Har dere oppsøkt såkalt alternativ medisin for barnet de siste 12 månedene?
☐ Nei

☐ Ja ganger

+

28. Hvis ja, hva slags alternativ medisin?

29. Har barnet fått medisiner de siste 12 måneder?

☐ Nei

☐ Ja

+

+

30. 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
_____	<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"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. Hva var barnets lengde, vekt og hodeomkrets når barnet var omtrent 8 måneder, ca 1 år og ved siste måling (15 – 18 måneder)?

+

	Dato for måling			Vekt	Lengde	Hodeomkrets
	dag	måned	år			
Ca 8 mnd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ca. 1 år	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15 – 18 mnd	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Utvikling og væremåte

32. Hvor mange måneder var barnet da det tok sitt første skritt uten støtte?

Antall: måneder

+

+

☐ Går ikke uten støtte ennå.

33. Nedenfor følger spørsmål om barnets utvikling ved ca. 18 måneders alder. (Kryss av for hver linje.)

	Ja	Av og til	Ikke ennå
1. Når barnet vil ha noe, forteller barnet det til deg ved å peke mot tingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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.»)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sier barnet åtte eller flere ord i tillegg til "mamma" og "pappa"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Peker barnet på riktig bilde når du sier for eksempel «Hvor er katten/pusen» eller «Hvor er hunden/vovven»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beveger barnet seg omkring ved å gå heller enn å krabbe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Går barnet støtt, uten å falle ofte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Kan barnet gå ned trapper dersom du holder det i én hånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Kan barnet kaste en liten ball med armbevegelse framover? (Dersom barnet bare slipper ballen, kryss av for "ikke ennå")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Stabler barnet en liten kloss eller leke oppå en annen? (For eksempel små esker eller leker som er cirka 3 cm store)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blar barnet selv om sidene i en bok? (Det kan bla mer enn en side om gangen.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Gir barnet ditt dukker og kosedyr klemmer når det leker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Forsøker barnet ditt å fange oppmerksomheten din eller vise deg noe ved å dra deg i hånden eller i klærne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kommer barnet til deg når det trenger hjelp, for eksempel for å få hjelp til å trekke opp en leke?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tar barnet ditt etter handlinger du gjør, for eksempel tørker opp søl, feier, barberer seg eller grer håret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34. Hvor typisk er følgende atferd for ditt barn? (Kryss av for hver linje.)

	Svært typisk	Ganske typisk	Både og	Lite typisk	Ikke typisk
1. Det skal lite til før barnet gråter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er alltid på farten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet vil heller leke med andre enn å leke for seg selv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet er i aktivitet og løper omkring med en gang det våkner om morgenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet er svært sosialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Det tar lang tid før barnet blir vant til fremmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Det skal lite til før barnet hisser seg opp eller blir lei seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet foretrekker rolige stillesittende leker framfor mer aktive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet liker å være sammen med andre mennesker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet reagerer intenst når det blir opphisset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet er vennlig og tillitsfull mot fremmede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

35. Om hvordan barnet leker. (Kryss av for hver linje.)

	Ja	Nei
1. Liker barnet å bli svinget rundt, husket på kneet, eller andre slike leker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hender det at barnet kommer bort til deg med leker eller andre ting for å vise deg noe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Liker barnet å klatre på ting, for eksempel oppover trapper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Liker barnet å leke "borte-titt-titt" / gjemsel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Leker barnet noen ganger "late-som"-leker, for eksempel skjenker kaffe på liksom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hender det at barnet bruker pekefingeren for å vise at han/hun er interessert i noe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Leker barnet med småleker, for eksempel lekebiler eller klosser (virkelig leker med dem, ikke bare putter dem i munnen, fingerer med dem eller slipper dem ned?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Er barnet interessert i andre barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

36. Mer om barnets væremåte. Hvordan passer følgende utsagn? (Kryss av for hver linje.)

	Passer ikke	Passer litt	Passer godt
1. Barnet kan ikke være opptatt av noe mer enn noen minutter av gangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Barnet er lett å avlede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Barnet mister fort interessen for noe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Barnet klynger seg til voksne/er for avhengig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Barnet blir ute av seg når mor/far ikke er der	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Barnet vil ikke sove alene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Barnet slåss med andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Barnet sparker, slår, eller biter andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Barnet plager andre barn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Barnet trøster hvis andre gråter og er lei seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Barnet prøver å hjelpe barn som har slått seg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Barnet er trassig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Det merkes ikke på barnet hvis hun/han har gjort noe som ikke er lov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Irettesettelse har ikke effekt på barnets atferd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Barnet har vanligvis god matlyst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Barnet er svært kresen i matveien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Barnet er lett å legge, og sovner vanligvis greit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Barnet vil ikke sovne hvis ikke mor/far er der til det sovner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

37. Hvor ofte hender det at barnet våkner om natten, nå ved 18 måneders alder?

- ☐ 3 eller flere ganger hver natt
☐ 1-2 ganger hver natt
☐ Noen ganger i uken
☐ Sjelden eller aldri

+

38. Hvor mange timer sover barnet til sammen pr. døgn, nå ved 18 måneders alder??

- ☐ 10 timer eller mindre
☐ 11 – 12 timer
☐ 13 – 14 timer
☐ 15 timer eller mer

+

39. Hvis det er noe med barnets væremåte eller oppdragelse som bekymrer deg, hvem finner du det mest naturlig å snakke med?
(Du kan sette flere kryss.)

☐ Ektefelle/partner

☐ Venner

☐ Slektninger

☐ Naboer/arbeidskolleger

☐ Barnehage/dagmamma

☐ Helsesøster

☐ Leger

☐ Andre

+

+

Barnets hverdag

40. 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 7–9 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 10–12 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 13–15 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 16–18 måneder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

timer

42. Hvor mange barn passes sammen med barnet i denne barnepass-ordningen?

barn

+

43. Bor du og barnet sammen med barnets far?

☐ Ja

☐ Nei

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

☐ Minst halvparten av tiden

☐ Minst en gang i uken

☐ Minst en gang i måneden

☐ Sjeldnere enn en gang i måneden

☐ Aldri

+

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

ganger

46. Hvor stort boareal har den nåværende bolig?

m²

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

☐ Nei

☐ Ja, fuktskader

☐ Ja, synlig sopp-/muggvekst

☐ Ja, mugglukt

48. Hva slags drikkevann er det der dere bor?

☐ Vann fra offentlig eller privat vannverk

☐ Vann fra egen vannforsyning (f.eks egen brønn)

☐ Vet ikke

49. Bor dere i nærheten av en høyspentledning?

☐ Nei

☐ Ja, nærmere enn 50 meter

☐ Ja. 50–100 meter unna

☐ Ja, men mer enn 100 meter fra

+

50. Er det dyr i barnets hjem?

☐ Nei

☐ Ja

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

☐ Hund

☐ Katt

☐ Marsvin, kanin, mus, rotte eller lignende

☐ Undulat, annen fugl

☐ Annet dyr: _____

52. Oppholder barnet seg i rom hvor noen røyker?

☐ Ja, daglig. Antall timer per dag

☐ Ja, flere ganger i uken

☐ Ja, av og til

☐ Usikker

☐ Nei

53. Hvor ofte børstes barnets tenner?

- ☐ 2 ganger pr. dag eller oftere
☐ En gang pr. dag
☐ Av og til
☐ Aldri

+

54. Brukes fluortannkrem på børsten?

- ☐ Nei
☐ Av og til
☐ Ja, vanligvis

55. Hvor mye er barnet utendørs?

- ☐ Sjelden
☐ Ofte, men gjennomsnittlig mindre enn en time daglig
☐ Gjennomsnittlig mer enn en time daglig

56. Hvor mye sitter barnet gjennomsnittlig foran TV/video?

- ☐ 4 timer eller mer
☐ 3 timer
☐ 1–2 timer
☐ Mindre enn 1 time
☐ Aldri

+

57. Deltar eller har barnet deltatt i babysvømming?

- ☐ Nei
☐ Ja.

Hvis ja, Hvor lenge: måneder?**58. Bruker barnet narresmokk nå ved 18 måneders alder?**

- ☐ Sjelden eller aldri
☐ Bare når han/hun skal sove
☐ Ganske ofte
☐ Mesteparten av tiden

KOMMENTARER:

Er det noe du gjerne vil fortelle oss om barnet som ikke er omhandlet i dette spørreskjemaet, setter vi stor pris på om du noterer det nedenfor.

+

+

+

OM DEG SELV

Helse, sykdom og medisinbruk

59. Hvilken sivilstand har du nå?

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

+

60. Er du gravid nå?

- ☐ Nei
☐ Ja

Hvis ja, hvor mange uker?

61. Har du en langvarig sykdom som har oppstått de siste 12 månedene?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilken? _____

62. Har du selv vært innlagt på sykehus de siste 12 månedene?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilket sykehus? _____

63. Bruker du nå for tiden tran, vitaminer eller annet kosttilskudd?

- ☐ Nei
☐ Ja, hvilket?

+

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

64. Har du de siste 12 månedene hatt smerter noen av følgende steder? (Kryss av for hver linje.)

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

+

65. 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"/>	<input type="checkbox"/>
2. Over det ene bekkenleddet bak ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Over begge bekkenleddene bak ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Over halebeinet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I seteballene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Foran over kjønnsbenet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. I lysken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Andre ryggsmarter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Andre smerter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

66. Våkner du om natten pga. bekkensmerter nå for tiden?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, en sjelden gang
☐ Ja, ofte

+

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

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, men ikke hver dag - smerter varierer fra dag til dag
☐ Ja, må bruke stokk eller krykker hver dag

68. Har du fått behandling for bekkensmerter etter siste fødsel?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

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

- ☐ Fysioterapi
☐ Kiropraktikk
☐ Medikamenter
☐ Annet: _____

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

	+	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Urinlekkasje ved fysisk aktivitet (løp/hopp) . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Urinlekkasje ved sterk trang til vannlating . . .		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemer med å holde på avføring		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Problemer med å holde på luft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

71. Bruker du medisiner jevnlig?

- ☐ Nei
☐ Ja

+

72. Hvis ja, oppgi navn på medisinerne 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
_____	<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"/>

Økonomi – livsstil

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

	Måneder		Uker
Deg selv	<input type="text"/> <input type="text"/>	eller	<input type="text"/> <input type="text"/>
Barnets far	<input type="text"/> <input type="text"/>	eller	<input type="text"/> <input type="text"/>

+

74. Har du nå inntektsgivende arbeid?

- ☐ Nei
☐ Ja

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

timer

76. 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.

<input type="checkbox"/> Nei	Antall dager
<input type="checkbox"/> Ja, på grunn av egen sykdom.	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Ja, på grunn av sykdom hos barn.	<input type="text"/> <input type="text"/>

+

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

- ☐ Nei
☐ Ja
☐ Vet ikke

78. 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?

- ☐ Nei, aldri
☐ Ja, en sjelden gang
☐ Ja, av og til
☐ Ja, ofte

+

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

	I fritiden	På arbeid
1. Aldri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mindre enn 1 gang pr. uke .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 1 gang pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. 2 ganger pr. uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 3–4 ganger per uke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 5 ganger eller mer pr. uke . .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80. Hvor ofte driver du fysisk aktivitet nå for tiden? (Kryss av 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Rask gange/turgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Løping/jogging/orientering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sykling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Helsestudio/styrketrening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aerobics/gymnastikk/dans uten løp og hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aerobics/gymnastikk/dans med løp og hopp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Dansing (f.eks. swing, rock, folkedans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Skigåing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ballspill/nettballspill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Svømming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Riding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Hvordan er røykevanene i hjemmet nå?

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

82. Hvor ofte drikker du alkohol nå for tiden?

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

83. 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"/>	<input type="checkbox"/>	
7-9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3-4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	+
1-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Færre enn 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Enheter alkohol

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

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

Litt mer om deg selv og hvordan du har det nå

84. Hvis du har en samboer/ektefelle, hvor enig er du i disse beskrivelsene? (Kryss av 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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"/>
3. 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"/>
4. Min partner er generelt forståelsesfull	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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"/>
6. 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"/>
7. 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"/>
8. 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"/>
9. 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"/>
10. 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"/>
	+			+		

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

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

+

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

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

+

87. Føler du deg ofte ensom?

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

88. Hvor riktig er disse utsagnene for deg? (Kryss av 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hvis noen motarbeider meg, finner jeg en måte å oppnå det jeg vil på	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jeg er sikker på at jeg kan mestre uventede hendelser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Jeg er rolig når jeg møter vanskeligheter fordi jeg stoler på min evne til å klare meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dersom jeg er i en knipe, finner jeg vanligvis en løsning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

89. Hvor ofte opplever du følgende i ditt daglige liv? (Kryss av for hver linje.)

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

+

90. Hva slags oppfatning har du av deg selv? (Kryss av for hver linje.)

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

+

91. Har du i løpet av de 2 siste ukene vært plaget med noe av det følgende? (Kryss av for hver linje.)

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

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

93. Hvordan vil du vurdere kvaliteten på livet ditt?

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

+

94. Hvor tilfreds er du med helsen din?

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

+

95. De følgende spørsmålene spør etter hvor mye du har opplevd av bestemte ting i de siste to ukene. (Kryss av 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. I hvilken grad trenger du medisinsk behandling for å kunne fungere til daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hvor mye gleder du deg over livet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. I hvilken grad føler du at livet ditt er meningsfullt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hvor godt kan du konsentrere deg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hvor trygg føler du deg til daglig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hvor sunne er dine fysiske omgivelser?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. De følgende spørsmålene spør etter hvor fullstendig du opplevde eller kunne utføre bestemte ting i løpet av de siste to ukene. (Kryss av 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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kan du akseptere utseende ditt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Har du nok penger til å dekke dine behov?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hvor tilgjengelig er den informasjonen som du trenger i dagliglivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. I hvilken grad har du mulighet for å delta i fritidsaktiviteter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

+

+

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

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

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

	Aldri	Sjelden	Ofte	Svært ofte	Alltid
Hvor ofte har du opplevd negative følelser, som f.eks. at du er trist, fortvilet, engstelig eller deprimeret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOMMENTARER:

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
Medisinsk fødselsregister
Armauer Hansens Hus
5839 Bergen