

Spørgeskema til Sundhedstjek

Besvarelse af dette spørgeskema er frivilligt.

Hvis der er spørgsmål du ikke kan eller vil besvare, springer du blot videre til næste spørgsmål. Du bedes medbringe det udfyldte spørgeskema til undersøgelsen.

1. Helbreds vurdering:

Hvordan synes du dit helbred er, alt i alt?

På en skala fra 1 – 5 (1=dårligt, 5=fremragende) : _____

2. Medicin:

Har du inden for de sidste 3 måneder brugt følgende typer medicin ?	Dagligt	1 til flere gange pr uge	1 til flere gange pr Måned	Sjældnere el. Aldrig
Smertestillende medicin, hovedpinepiller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroligende medicin, eller nervemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sovemedicin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Alkohol:

Hvor mange genstande drikker du i gennemsnit pr uge:

(En genstand er en øl, et glas vin, 2 cl spiritus)

Har du – eller har du haft – problemer med stort alkoholforbrug?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Har du – eller har du haft – problemer med andre rusmidler?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

4. Rygning du dagligt?

Ryger Ja, (hvor meget pr dag: _____), Nej, men har tidligere røget, Nej, har aldrig røget

5. Kost:

Hvor ofte plejer du at spise frugt, salat/råkost, kogte grøntsager (bortset fra kartofler)?

3 gange dagligt	2 gange dagligt	1 gang dagligt	3-6 gange ugentligt	1-2 gange ugentligt	Sjældnere
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fysisk aktivitet og motion:

Hvilken beskrivelse passer bedst på dig?

Næsten helt fysisk passiv eller let fysisk aktivitet mindre end 2 timer pr uge	<input type="checkbox"/>
Let fysisk aktivitet 2-4 timer pr uge (gåtur, havearbejde let, gymnastik)	<input type="checkbox"/>
Let fysisk aktivitet mere end 4 timer pr uge eller mere anstrengende aktivitet 1-2 timer pr uge (hurtiggang eller cykling, tungt havearbejde, motion hvor man bliver forpustet eller sveder)	<input type="checkbox"/>
Mere anstrengende fysisk aktivitet i mere end 4 timer eller regelmæssig hård træning/konkurrence flere gange pr uge	<input type="checkbox"/>

7. Psykisk helbred:

Inden for de sidste 4 uger:	Hele tiden	En stor del af tiden	En del af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
Hvor tit har du sovet dårligt og uroligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor tit har du følt dig udkørt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvor tit har du været anspændt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Fysiske gener:

Inden for de seneste 7 dage,	Ja	Nej
Har du haft besvær i nakken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i skulderen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i arme/albuer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i hånd/håndled ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i lænde-ryggen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Har du haft besvær i knæene ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Har du haft én eller flere af følgende sygdomme?

	Nej	Ja, har haft	Ja, har fortsat
Ondt ved hjertet (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forhøjet blodtryk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukkersyge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesår / Svær tarmsygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression, behandlingskrævende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anden psykisk lidelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andet _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. (For kvinder)
Er du blevet undersøgt for brystkræft inden for de seneste 2 år?

Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Ved ikke <input type="checkbox"/>	
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--



Tak for din medvirken.