



KOSTVANOR - den senaste månaden

Datum (åå.mm.dd): 20

Personnummer:

1. Hur mycket har Du druckit/ätit av följande **den senaste månaden**?

Om Du inte har druckit/ätit av livsmedlet fyll i "0". 1 glas, 1 kopp = 2 dl (**ange i heltal**)

Drycker

Lätt/minimjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Vatten (även mineral)	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Mellanmjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Grönt te	<input type="text"/> kopp/d	<input type="text"/> kopp/v
Standardmjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Örtte/rött te	<input type="text"/> kopp/d	<input type="text"/> kopp/v
Fruktyoghurt/fruktfil	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Te (vanligt svart)	<input type="text"/> kopp/d	<input type="text"/> kopp/v
Lättfil/lättyoghurt	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Kaffe (brygg/snabb)	<input type="text"/> kopp/d	<input type="text"/> kopp/v
Mellanfil	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Kaffe (kok)	<input type="text"/> kopp/d	<input type="text"/> kopp/v
Filmjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Socker	<input type="text"/> tesked/ bitar/d	<input type="text"/> tesked/ bitar/v
Yoghurt	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Honung	<input type="text"/> msk/d	<input type="text"/> msk/v
Coca Cola/Pepsi, <i>light</i>	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v			
Coca Cola/Pepsi	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v			
Annan läsk/saft, <i>light</i>	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	Använder Du vanligtvis mjölk i kaffe eller te?		
Annan läsk/saft	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v	<input type="checkbox"/> Ja, i kaffe	<input type="checkbox"/> Ja, i te	<input type="checkbox"/> Nej

Bröd och pålägg

Knäckebröd	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Mjukost, <i>mager</i>	<input type="text"/> msk/d	<input type="text"/> msk/v
Vitt bröd/limpa	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Mjukost	<input type="text"/> msk/d	<input type="text"/> msk/v
Fiberberikat bröd	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Hårdost, <i>mager</i>	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Grovt/fullkornsbröd	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Hårdost	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Keso/kvarg	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Leverpastej, <i>light</i>	<input type="text"/> msk/d	<input type="text"/> msk/v
Dessertost	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v	Leverpastej	<input type="text"/> msk/d	<input type="text"/> msk/v

2. Kryssa för de typer av matfett Du oftast har använt **den senaste månaden**.

...i matlagning

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Smör | <input type="checkbox"/> Bregott | <input type="checkbox"/> Flytande smör |
| <input type="checkbox"/> Olivolja | <input type="checkbox"/> Rapsolja | <input type="checkbox"/> Majs- eller solrosolja |
| <input type="checkbox"/> Hushållsmargarin | <input type="checkbox"/> Flytande margarin | |
| <input type="checkbox"/> Annat | <input type="checkbox"/> Inget | |

...i hemgjord dressing

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Olivolja | <input type="checkbox"/> Rapsolja | <input type="checkbox"/> Majs- eller solrosolja |
| <input type="checkbox"/> Annan olja | <input type="checkbox"/> Ingen | |

3. Hur många brödskivor med matfett (smör/margarin) har Du i genomsnitt ätit per dag **eller** per vecka?

 skivor/d

 skivor/v

4. Hur tjockt brukar du breda dina smörgåsar?

- Ganska tjockt Tunt Mycket tunt

5. Vilket matfett brukar du ha på dina smörgåsar?

Märke: Fett%..... Använder inget matfett på smörgåsar



Personnummer:

 -

MEDICINER

1. Kryssa för hur ofta Du ätit följande mediciner **den senaste månaden**.

	Gånger per månad			per vecka			
	Aldrig	0-1	2-3	1-2	3-4	5-6	7
Alvedon, Panodil, Reliv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ipren, Diklofenak, Voltaren, Ibumetin, Naproxen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnecyl, Bamy, Treo, Aspirin, Albyl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALKOHOL OCH TOBAK

2. Dricker Du alkohol?

	Gånger per månad			per vecka			
	Aldrig	0-1	2-3	1-2	3-4	5-6	7
Lättöl, kl I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folköl, kl II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starköl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rött vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vitt vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likör/sherry/starkvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starksprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hur mycket brukar Du dricka per gång av följande?

Öl cl Vin cl Likör cl Sprit cl

(1 burk öl = 33/50 cl, glas vin = 15 cl)

3. Har Du rökt **den senaste månaden**?

Nej, inte regelbundet* Ja, jag har rökt cigaretter/cigariller/cigarrer/dag

SOLVANOR

4. Hur mycket har du vistats utomhus? (tex. i naturen, i trädgården, i parken, på terrass/balkong, på promenad)

timmar/vecka Mycket sällan

FYSISK AKTIVITET OCH MOTION

5. Hur långt kan Du gå utomhus?

Kan ej gå utomhus Nästan så långt jag vill
 Endast kortare sträckor Obegränsat långt

Om svaret är obegränsat långt fortsätt med följande frågor:

Gång/cykling

Nästan aldrig 40-60 minuter/dag
 Mindre än 20 min/dag 1-1,5 tim/dag
 20-40 minuter/dag Mer än 1,5 timmar/dag

Gym/gymnastik

Mindre än 1 tim/vecka 4-5 timmar/vecka
 1 timme/vecka Mer än 5 timmar/vecka
 2-3 timmar/vecka