

Personnummer

								-				
--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

LEVNADSVANOR OCH HÄLSA BLAND KVINNOR

Först vill vi tacka för att Du besvarade den tidigare gula kostenkäten. Nu skulle vi uppskatta om Du fyller i även denna kostenkät (likadan som den Du fyllde i 1997).

Använd helst en kulspetspenna med svart eller blå färg.

Svara så här: Sätt ett litet **kryss** i de små rutorna

Skriv tydliga **siffror** i de stora rutorna

--	--

FRUKT/BÄR	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Apelsin/citrusfrukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Apelsin/grapefruktjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Äpple/päron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Banan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bär (färska eller frysta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan frukt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sylt/marmelad/mos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fruktkräm/fruktsoppor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

KAKOR/GODIS M.M.	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Kaffebröd (bullar, kakor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kex/rån/skorpor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tårta/konditoribit/"GoBit"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Choklad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Godis (ej choklad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Glass	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chips/popcorn/ostbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nötter/mandel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ÖVRIGT		Gånger per månad			... vecka			... dag		
		0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Salladsdressing	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Majonnäs	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Crème fraiche	Lätt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Grädde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ketchup		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Linfrön		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

19. Hur ofta brukar Du dricka alkohol?
 Jag har aldrig druckit alkohol
 Jag slutade dricka alkohol när jag var år

Jag brukar dricka	Aldrig	Gånger per månad			... vecka			... dag		
		0-1	2-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+	
Folköl, kl II	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		
Vin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Starkvin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sprit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

20. Hur mycket brukar Du dricka vid varje tillfälle?
Öl cl Vin cl Sprit cl
1 burk öl=33/50 cl, flaska vin/sprit=75 cl, 1 dl=10 cl

KOSTTILLSKOTT

21. Äter Du vitamin-, mineral- eller annat tillskott?
 Ja, regelbundet Ja, ibland Nej
Om ja, hur mycket och sedan hur länge?

Multivitaminer med mineraler	<input type="text"/>	tabletter i veckan	<input type="text"/>	år
Multivitaminer utan mineraler	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin C	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin E	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Vitamin B ₆	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Kalcium	<input type="text"/>	"	<input type="text"/>	år
Fiskolja	<input type="text"/>	kapsel i veckan	<input type="text"/>	år

22. Vilka av följande preparat brukar Du äta?
 Ginseng Vit B-komplex Selen Folsyra
 Gerimax Beta-karoten Zink Oxigard
 Protector Magnesium Q10

23. Vilka av följande preparat har Du ätit under de senaste månaderna?
Remifemin tabletter i veckan år
Menosoy " år
Tofupill " år

Det är bra om Du kan gå igenom och kontrollera att frågorna är fullständigt besvarade.

Skicka enkäten i det bifogade svarskuvertet.

STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN

OCH

VÄLKOMMEN TILL BLODPROVSTAGNING PÅ SAMARITERHEMMET