

## LEVNADSVANOR OCH HÄLSA BLAND KVINNOR

Använd helst en kulspetspenna med svart eller blå färg.

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

3 Skriv tydliga **siffror** i de stora rutorna.

### VIKT

1. Vilken var Din födelsevikt?

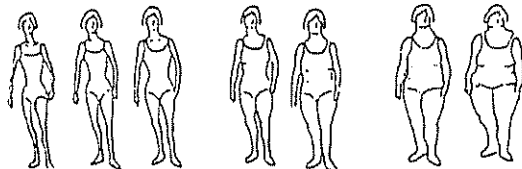
Mindre än 1500 gram  1500-2499  2500-3999  4000-4999  Över 5000  Vet ej

2. Föddes Du mer än en månad för tidigt?

Nej  Ja

3. Är Du tvilling?  Nej  Ja

4. Hur såg Din figur ut vid 10 års ålder?



10 år

5. Hur lång var Du när Du var 20 år?  cm

6. Hur många kilo vägde Du när Du var:

20 år  30 år  40 år  50 år   
60 år  70 år  80 år  Aktuell vikt

7. Hur mycket mäter Du kring midja och höft (stuss)?

Midja  cm Höft  cm

8. Har Du någon gång i Ditt liv gått ned i vikt 5 kg eller mer på mindre än 1 år? *Om ja, varför?*

Nej, aldrig  Ja, efter graviditet  
 Ja, pga bantning  ggr, sjukdom  ggr  
mer aktiv  ggr, annat  ggr

9. Om Du har bantat, vilka metoder använde Du?

Viktväktarna  Mindre fett  Fasta  
 Fibertabletter  Bantningspulver  Mediciner  
*t.ex. Nutrillett* *t.ex. Obesedyl*  
 Annat

### FYSISK AKTIVITET OCH MOTION

10. Markera Din fysiska aktivitet vid olika åldrar:

**Hem/hushållsarbete**

	15 år	30 år	50 år	i år
Mindre än 1 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-8 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 8 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gång/cykling**

	15 år	30 år	50 år	i år
Nästan aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mindre än 20 min/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20-40 minuter/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40-60 minuter/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-1,5 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 1,5 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Arbete/sysselsättning**

	15 år	30 år	50 år	i år
Mest stillasittande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sitter ca 1/2 tiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mest stående	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går mest, lyfter, bär <u>lite</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Går mest, lyfter, bär <u>mycket</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungt kroppsarbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Fritiden

**Titta på TV/läsa**

	15 år	30 år	50 år	i år
Mindre än 1 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1-2 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-4 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-6 timmar/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 6 tim/dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Motion

	15 år	30 år	50 år	i år
Mindre än 1 tim/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 timme/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-3 timmar/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4-5 timmar/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mer än 5 tim/vecka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Hur många timmar per dygn brukar Du ...

Sova  timmar Sitta/ligga  timmar

## KOSTVANOR UNDER DET SENASTE ÅRET

12. Hur mycket dricker/äter Du av följande:

1 glas=2 dl	Per dag eller	Per vecka
Lätt/minimjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Mellanmjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Standardmjölk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Lättfil/lättyoghurt	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Filmjölk/yoghurt	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Saft/läsk	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Lättöl	<input type="text"/> glas/d	<input type="text"/> glas/v
Te 1 kopp=1,5 dl	<input type="text"/> koppar/d	<input type="text"/> koppar/v
Kaffe	<input type="text"/> koppar/d	<input type="text"/> koppar/v
Socker/honung	<input type="text"/> tesked bitar/d	<input type="text"/> tesked bitar/v
Ost	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Lättost	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Keso/kvarg m fl	<input type="text"/> mat-skedar	<input type="text"/> mat-skedar
Knäckebröd	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Vitt bröd/limpa	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v
Grovt/fullkornsbröd	<input type="text"/> skivor/d	<input type="text"/> skivor/v

13. Hur många brödskivor med smör/margarin brukar Du äta per dag eller per vecka?

skivor/dag       skivor/vecka

14. Hur brukar Du breda Dina smörgåsar?

- Ganska tjockt     Tunt     Mycket tunt  
 Inget matfett alls

15. Vilka typer av matfett brukar Du använda?

	Smör-gåsar	Hem-gjord dressing	Mat-lagning
Smör	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bregott	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Smörgåsmargarin (t ex Flora)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Lättmargarin (t ex Lätta)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hushållsmargarin (t ex Milda)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Olivolja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapsolja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matolja (t ex majs-,solros-,soja)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flytande margarin			<input type="checkbox"/>
Jag använder inget matfett	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

16. Hur ofta i genomsnitt brukar Du äta av följande?  
Sätt endast **ett** kryss på **varje** rad.

	Gånger per månad					... vecka			... dag		
<b>SPANNMÅL</b>	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+			
Havregrynsgröt	<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 gröt/välling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Flingor/müsli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Spagetti/ makaroner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pannkakor/plättar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pizza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vete- eller havrekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gånger per månad					... vecka			... dag		
<b>KÖTT</b>	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+			
Köttfärsrätter (köttbullar/pannbiff/köttfärssås)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Fläskkött (helt/gryta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nöt/kalvkött (helt/gryta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Korv (stekt/grillad/kokt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bloodpudding/blodkorv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lever/njure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Leverpastej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kött- eller korvpålugg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gånger per månad					... vecka			... dag		
<b>FÅGEL/FISK/ÄGG</b>	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+			
Kyckling/annan fågel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sill/strömming/makrill	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lax/sik/röding m.m.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Torsk/sej/fiskpinnar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kaviar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Skaldjur (räkor/kräftor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ägg/omelett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gånger per månad					... vecka			... dag		
<b>POTATIS/MORÖTTER</b>	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+			
Kokt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Stekt potatis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Pommes frites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Morötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Rödbetor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Gånger per månad					... vecka			... dag		
<b>GRÖNSAKER</b>	0	1-3	1-2	3-4	5-6	1	2	3+			
Sallad/isbergssallad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vitkål/rödkål/salladskål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blomkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Broccoli/brysselkål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Tomat/tomatjuice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Paprika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Spenat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gröna ärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lök/purjolök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vitlök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Blandade grönsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ärtsoppa/bönor/linser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Sojaprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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"/>	
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	

17. Hur ofta äter Du i genomsnitt stekta maträtter?

	Sällan	
Korv/biff/fläskkotlett stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyckling/fileer/gryta stekt i stekpanna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grill/ugnstekt kyckling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sky/sås av sky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Hur hårt stekta brukar dessa maträtter vara?

- Lätt stekyta (ljus brun)     Måttlig stekyta (brun)  
 Kraftigt stekyta             Mycket kraftigt stekt

19. Hur ofta brukar Du dricka alkohol?

- Jag har aldrig druckit alkohol  
 Jag slutade dricka alkohol när jag var  år

	Gånger per månad			... vecka			... dag		
	Aldrig	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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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"/>	<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 <sub>6</sub>	<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     Remifemin

## KVINNOFRÅGOR

23. Hur gammal var Du när Du fick första mens?

år     Minns ej

24. Hur många barn har Du fött?  barn

Din ålder vid första barnets födelse  år

25. Har Du någon gång behandlats för barnlöshet?

- Ja,  operation,  hormonstimulering,  annat  
 Nej

26. Har Du någon gång använt p-piller, p-spruta eller p-stavar? Hur länge? Räkna inte sk. minipiller

- Ja, från  års ålder, totalt i  år  
 Nej, jag har aldrig använt p-piller/-spruta/-stavar

27. Har Du fortfarande menstruationsblödningar?

- Ja, "naturliga"     Ja, pga hormonbehandling  
 Nej, de upphörde när jag var  år  
 menstruationen upphörde naturligt  
 pga äggstockarna blev bortopererade  
 pga att livmodern blev bortopererad

28. Har Du tagit hormoner (östroger) vid övergångsåldern eller senare? Om ja, hur länge?

- Ja, för att lindra blodsvällningar, svettningar m.m.  
 från  års ålder, totalt i  år     Tar nu  
 Ja, för att avhjälpa torrhet/besvär i underlivet  
 från  års ålder, totalt i  år     Tar nu  
 Nej, jag har aldrig haft någon hormonbehandling

## HÄLSA

29. Har Du haft någon av följande sjukdomar?

Om ja, ange **åldern** vid första diagnos

- Godartad knöl i bröstet  år
- Högt blodtryck  år
- Högt kolesterol  år
- Blodpropp (djup) i benet  år
- Kärkramp i hjärtat  år
- Hjärtinfarkt  år
- Slaganfall (stroke)  år
- Sockersjuka  år
- Benbrott i handled/kota/lårben  år
- Astma  år
- Grå starr  år
- Njursten  år
- Gallsten  år
- Ledgångsreumatism  år

30. Har Du använt några av följande mediciner?

Om ja, **hur mycket** och **sedan hur länge**?

Acetylsalicylsyra (t.ex. Magnecyl, Bamy, Dispril, Aspirin, Alka-Seltzer, Treo, Albyl, Bamykor, Trombyl)

- Nej  Ja  tabletter/vecka  år

Paracetamol (t.ex. Alvedon, Panodil, Citadon, Curadon, Distalgesic, Lemsip, Panocod, Reliv)

- Nej  Ja  tabletter/vecka  år

Indometacin (t.ex. Indomeé, Confortid, Indometacin)

- Nej  Ja  kapslar/vecka  år

Sömnmedel/insomningsmedel

- Nej  Ja  tabl/månad  år

Kortisontabletter  Nej  Ja  kurer

Kortison i inandningsform (t.ex. Pulmicort, Becotide, Flutide)

- Nej,  Ja, tar nu,  Ja, i sammanlagt  år

31. Har någon av Dina föräldrar eller syskon haft:

- |                                   | Nej                      | Ja, mor                  | far                      | syskon               | Vet ej                   |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| Bröstcancer                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tjocktarmscancer                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Prostatacancer                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Annan cancer                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hjärtinfarkt<br>före 60 års ålder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

## ÖVRIGA FRÅGOR

32. Har Du rökt cigaretter regelbundet någon gång?

- Nej, jag har aldrig rökt cigaretter
- Ja, jag började röka när jag var  år
- röker fortfarande  slutade röka för  år

Antal cigaretter per dag vid olika åldrar

- | 15-20 år             | 21-30 år             | 31-40 år             | 41-50 år             | 51-60 år             | i år                 |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

33. Har Du snusat regelbundet någon gång?

- Nej  Ja

34. Var växte Du upp?

- I storstad/förort  I en mellanstor stad
- I en mindre stad/samhälle  På landsbygden

35. Hur många hel/halvsyskon har Du?

- Systrar  Bröder

36. Hur många syskon födde Din mamma före Dig?

- Hon födde  barn före

37. Vilka utbildningar/skolor har Du gått?

- Folkskola/Grundskola  Gymnasium
- Realskola  Universitet/högskola
- Yrkeskola/Flickskola  Annan utbildning

38. Bor Du ensam?

- Nej, vi är  personer i hushållet
- Ja, sedan  år

39. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

- Heltidsarbete  Deltidsarbete  Hemmafru
- Pensionerad  Sjukpensionär  Arbetslös

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

Kan Du tänka Dig att hjälpa forskningen ytterligare genom att lämna ett blodprov för framtida studier av årtliga skyddsfaktorer?  Ja  Nej

Tillåter Du att forskarna – om Du skulle bli sjuk – studerar celler i vävnadsprover som tas i samband med rutinmässig diagnos eller behandling?  Ja  Nej

Kan vi ringa till Dig om vi skulle behöva fråga om något ytterligare?  Ja  Nej

Ditt telefonnr  -

Riktnummer

**STORT TACK FÖR DIN MEDVERKAN !**