

Hälsotest

Efternamn och förnamn	Avdelning/adress	Telefon
-----------------------	------------------	---------

Besvara följande frågor som ligger till grund för din hälsoprofil. Alla frågor gäller den **senaste månaden**. Markera med ett kryss

Resor till och från arbetsplatsen

Sammanlagd tid	Bil, buss eller tåg	Promenad eller cykel < 10 min	Promenad eller cykel 10-19 min	Promenad eller cykel 20-29 min	Promenad eller cykel > 30 min
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Fritid

	Aldrig	Sällan	Då och då	Ofta	Mycket ofta
Träffa släkt och vänner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Skötsel, underhåll, renovering av hus/hem	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Studier, utbildning	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Evenemang: t ex teater, utställningar, konsert, bio, café, pub, dans	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Föreningsliv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
TV, video, data, litteratur, musik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Natur och friluftsliv	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Hobbies/övrigt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Motion

Utöver svaren från arbete, färdväg resp. fritid.	Jag motionerar:	Aldrig	Då och då	1-2 ggr/v	3-5 ggr/v	Mer än 5 ggr/v
Avsätter tid för motion med syfte att bibehålla /förbättra kondition – hälsa – välbefinnande		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Kost

Jag bedömer att mina kostvanor är:	Mycket dåliga	Dåliga	Varken bra eller dåliga	Bra	Mycket bra
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Tobak

Pipa eller annan tobak omräknas i cigaretter	Jag röker:	20 cig/dag el. mer	11-20 cig/dag	1-10 cig/dag	Vid enstaka tillfällen, "feströker"	Röker ej
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Jag snusar:	Minst 1 dosa/dag	4-6 dosor/v	2-3 dosor/v	Högst 1 dosa/v	Snusar ej
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Alkohol

Öl (ej lättöl), vin, sprit	Jag dricker alkohol:	Mycket ofta eller periodvis i stora mängder	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Medicin

<input type="checkbox"/> Lugnande <input type="checkbox"/> Uppiggande <input type="checkbox"/> Sömnmedel <input type="checkbox"/> Värktabletter	Jag använder någon eller några av dessa mediciner:	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Övrig medicin:		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Symptom

<input type="checkbox"/> Magbesvär <input type="checkbox"/> Rygg/nackbesvär <input type="checkbox"/> Trötthet <input type="checkbox"/> Värk	Jag har någon eller några av dessa besvär:	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
Övriga symptom:		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Upplevd stress

Avser hela livssituationen	Jag känner mig ofta stressad:	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Enbart arbetet	Jag känner mig ofta stressad:	Mycket ofta	Ofta	Då och då	Sällan	Aldrig
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Upplevd hälsa

Kropp och själ	Jag upplever att min hälsa är:	Mycket dålig	Dålig	Varken bra eller dålig	Bra	Mycket bra
		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5