



TEXTA TYDLIGT!

Efternamn

Tilltalsnamn

VIKTIGT!

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:



Personnummer

1. Skriv först ditt personnummer med siffror (vid A)
2. Fyll sedan i motsvarande ruta under varje siffra (vid B)
3. Kontrollera att alla siffror och markeringar är korrekta

Personnummer

År	Mån	Dag	Nummer
0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0 0
1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1 1
2 2 2	2 2 2	2 2 2	2 2 2 2
3 3 3	3 3 3	3 3 3	3 3 3 3
4 4 4	4 4 4	4 4 4	4 4 4 4
5 5 5	5 5 5	5 5 5	5 5 5 5
6 6 6	6 6 6	6 6 6	6 6 6 6
7 7 7	7 7 7	7 7 7	7 7 7 7
8 8 8	8 8 8	8 8 8	8 8 8 8
9 9 9	9 9 9	9 9 9	9 9 9 9

O Nedanstående uppgifter på denna sida ifylles av **O**
B sjuksköterska/vårdpersonal i samband med **B**
S hälsoundersökningen **S**

Vårdcentral/Företagshäsovård, Ort

K	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
o	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Provdatum					
År	Mån	Dag			
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

Längd		
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Vikt		
0	0	0
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9

Antal timmars fasta		
1	<input type="checkbox"/>	Mer än 8 tim
2	<input type="checkbox"/>	4-8 tim
3	<input type="checkbox"/>	Mindre än 4 tim

S-kol			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

S-TG			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

HDL			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Blods			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

Blods,2			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

SBT			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

DBT			
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

 Yrke, civilstånd och boende**B1. Vilket är Ditt civilstånd?**

- 1 Ogift
- 2 Gift/Sammaboende
- 3 Änka/Änkling
- 4 Frånskild/Separerad
- 5 Omgift

B2. Vilken är den högsta utbildningsnivå som Du har avslutat?

- 1 Mycket god
- 2 Ganska god
- 1 Folkskola
- 2 9-årig grundskola
- 3 Folkhögskola motsv. grundskola
- 4 Realskola
- 5 Flickskola
- 6 Yrkesskola/fackskola
- 7 Folkhögskola motsv. gymnasium
- 8 Gymnasieskola
- 9 Akademisk utbildning/högskola

B3. Vilka personer sammanbor Du med?

(Markera lämpliga alternativ.)

- 1 Vuxen (make, maka, sambo)
- 2 Barn
- 3 Syskon
- 4 Mor
- 5 Far
- 6 Både mor och far
- 7 Annan
- 8 Bor helt ensam

B4. Vilket yrke har Du?

(Ange Din huvudsakliga sysselsättning. Om Du ej förvärvsarbetar, ange vad Du gör på dagarna.)

Yrke

Kod (ifylles ej)

Har Du skiftarbete/
helgtjänstgöring?1 Ja2 NejHar Du varit långtidssjuk-
skriven mer än 6 månader?1 Ja2 Nej**B5. Vilken typ av anställning har Du för närvarande?**

- 1 Fast anställning
- 2 Tillfällig anställning, vikariat
- 3 Arbetar i hemmet
- 4 Arbetslös
- 5 Studerande
- 6 Egenföretagare
- 7 Förtids-/sjukpensionerad, hel pension
- 8 Förtids-/sjukpensionerad, delpension

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

**Hälsoläge****C0. Hur bedömer Du Ditt allmänna hälsotillstånd jämfört med andra i Din egen ålder?**

- 1 Det är bättre
- 2 Sämre
- 3 Ungefär lika

C1. Hur tycker Du att Ditt hälsotillstånd varit det senaste året?

- 1 Mycket gott
- 2 Ganska gott
- 3 Någorlunda
- 4 Tämligen dåligt
- 5 Dåligt

C2. Har någon av Dina föräldrar eller syskon före 60 års ålder drabbats av hjärtinfarkt eller hjärnblödning/propp i hjärnan?

- 1 Ja
- 2 Nej

C3. Förekommer diabetes hos någon av Dina föräldrar eller syskon?

- 1 Ja
- 2 Nej

C4. Har Du vid något tillfälle av läkare eller annan sjukvårdspersonal fått besked om att Du har högt blodtryck?

- 1 Ja
- 2 Nej

C5. Har Du under den senaste 14 dagarsperioden använt några av följande mediciner?

(Markera lämpliga alternativ.)

- 1 Ja, blodtrycksmedicin
- 2 Ja, hjärt/kärlkrampsmedicin
- 3 Ja, lugnande medel eller sömnmedel
- 4 Ja, magsårs/magkatarrmedicin
- 5 Ja, blodfettssänkande
- 6 Nej använder inga av ovanstående mediciner

C6. Har Du diabetes?

- 1 Ja
- 2 Nej

C7. Om Du svarat "Ja" på fråga C6, behandlas Du med?

- 1 Enbart diet och motion
- 2 Tabletter
- 3 Insulin
- 4 Ingen behandling med ovanstående

C8. Har Du legat på sjukhus för säker hjärtinfarkt (propp i hjärtat)?

- 1 Ja → Ange årtal
- 2 Nej

0	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (*kryssa ej över*)
markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

**Socialt stöd och socialt nätverk**

De följande frågorna handlar om Dina personliga förhållanden och om människorna i Din omgivning. Frågorna handlar både om människor som står Dig mycket nära, om vänner och om bekanta. Vissa frågor kan kanske kännas främmande men försök att besvara dem ändå! Några frågor kan kännas väldigt lika, även om formuleringarna är olika. Försök ändå besvara dem så noggrant som möjligt.

E1. Hur många människor känner Du och har kontakt med, som har samma intresse som Du?

- 1 Ingen
- 2 1 - 2 personer
- 3 3 - 5 personer
- 4 6 - 10 personer
- 5 11 - 15 personer
- 6 Mer än 15 personer

E2. Hur många människor, som Du känner, träffar eller samtalar Du med under en vanlig vecka.

(Räkna inte med människor som Du knappast kommer att återse, ex kunder i en affär)

- 1 Ingen
- 2 1 - 2 personer
- 3 3 - 5 personer
- 4 6 - 10 personer
- 5 11 - 15 personer
- 6 Mer än 15 personer

**E3. Är det ungefär lagom många människor Du träffar i ditt vanliga liv?
Skulle Du vilja träffa fler eller färre människor?**

- 1 Färre
- 2 Lagom många
- 3 Fler

E4. Hur många vänner har Du som kan komma hem till dig när som helst och känna sig hemma?

De skulle inte bry sig om, om det var ostädad eller om Du höll på att äta. Nära släktingar skall inte räknas med.

- 1 Ingen
- 2 1 - 2 personer
- 3 3 - 5 personer
- 4 6 - 10 personer
- 5 11 - 15 personer
- 6 Mer än 15 personer

E5. Hur många finns det, i Din familj och bland Dina vänner, som Du kan tala öppet med utan att behöva tänka Dig för?

- 1 Ingen
- 2 1 - 2 personer
- 3 3 - 5 personer
- 4 6 - 10 personer
- 5 11 - 15 personer
- 6 Mer än 15 personer

E6. Finns det någon särskild person som Du känner att Du verkligen kan få stöd av?

- 1 Nej
- 2 Ja, men jag behöver det inte
- 3 Ja

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (*kryssa ej över*)
markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

**E7. Finns det någon särskild person som känner sig stå väldigt nära Dig?**

- 1 Nej
- 2 Är inte säker
- 3 Ja

E8. Har Du någon särskild person som Du kan dela Dina innersta känslor med när Du känner Dig lycklig? Någon som själv känner sig lycklig bara för att Du är det?

- 1 Nej
- 2 Ja

E9. Har Du någon Du kan dela Dina innersta känslor med och anförtro Dig åt?

- 1 Nej
- 2 Ja

E10. Händer det att någon håller om Dig till tröst och stöd?

- 1 Nej
- 2 Ja

E11. Tror Du att de därhemma eller några andra verkligen uppskattar vad Du gör?

- 1 Ja
- 2 Inte tillräckligt
- 3 Nej

E12. Finns det människor i Din omgivning som Du lätt kan be om saker, t.ex människor som Du känner så väl att Du kan låna verktyg eller köksgrejor?

- 1 Nej
- 2 Ja

E13. Bortsett från dem därhemma, finns det någon Du kan vända Dig till om Du är i svårigheter? Någon som Du lätt kan träffa och som Du litar på och kan få verklig hjälp av när Du har det besvärligt?

- 1 Nej
- 2 Ja

E14. Har Du under det senaste året deltagit i någon föreningsaktivitet, frivillig organisation etc. tillsammans med andra (t ex sport, studiecirkel, teatergrupp, sångkör, politisk förening)?

- 1 Ja
- 2 Nej → gå till fråga F1

E15. Hur ofta ägnar Du Dig åt föreningsaktivitet, klubbverksamhet, studiecirkel etc. tillsammans med andra?

- 1 1-2 gånger per år
- 2 1-2 gånger per månad
- 3 1-2 gånger per vecka
- 4 Varje dag
- 5 Vet ej

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:

**Arbetet**

Med arbete avses här Din huvudsakliga sysselsättning oavsett om Du yrkesarbetar eller är hemarbetande. (Markera enbart det svarsalternativ som bäst överensstämmer med Din uppfattning)

	Ja, ofta	Ja, ibland	Nej, sällan	Nej, så gott som aldrig
F1. Är Ditt arbete fysiskt (kroppsligt) tungt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F2. Kräver Ditt arbete att Du arbetar mycket fort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F3. Är Ditt arbete psykiskt påfrestande?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F4. Har Du tillräckligt med tid för att hinna med Dina arbetsuppgifter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F5. Förekommer det ofta motstridiga krav i Ditt arbete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F6. Får Du lära Dig nya saker i Ditt arbete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F7. Kräver Ditt arbete skicklighet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F8. Kräver Ditt arbete påhittighet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F9. Innebär Ditt arbete att man ofta gör samma sak om och om igen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F10. Har Du frihet att bestämma hur Ditt arbete ska utföras?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F11. Har Du frihet att bestämma vad som skall utföras i Ditt arbete?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

F12. Har Du i vanliga fall möjlighet att tala med Dina arbetskamrater under raster, om Du skulle vilja det?

- 1 Ja, alltid 2 Ja, för det mesta 3 Nej, jag har inga raster 4 Nej, jag har inga raster med arbetskamrater

F13. Är Ditt arbete av den karaktären att Du kan lämna det ett tag om Du vill tala med en arbetskamrat?

- 1 Ja, för det mesta
2 Ja, ibland
3 Bara för brådskande ärenden
4 Nej, det är helt omöjligt

F15. Hur ofta är Du vanligen tillsammans med en eller flera av Dina arbetskamrater på fritid?

- 1 En eller flera ggr/vecka
2 En eller ett par ggr/månad
3 En eller ett par ggr/år
4 Sällan eller aldrig

F14. Har Du, som en del i Ditt arbete, en mängd kontakter med Dina arbetskamrater?

- 1 Ja, ständigt kontakter i arbetet
2 En eller ett par ggr/månad
3 Nej, jag arbetar för det mesta ensam
4 Sällan eller aldrig

F16. När besökte någon av Dina arbetskamrater Dig senast?

- 1 För en till fyra veckor sedan
2 För en till tolv månader sedan
3 För mer än ett år sedan
4 Har aldrig haft besök av någon arbetskamrat

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (*kryssa ej över*)
markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

**Fysisk aktivitet**

Med "vardagsmotion" menas den kroppsliga ansträngning Du får, när Du tar Dig till och från arbetet, under arbetet och av fritidsaktiviteter.

G1. Markera i tabellen nedan hur Du oftast färdas till och från arbetet för varje årstid.

(Markera endast i EN ruta för varje årstid).

	Vår	Sommar	Höst	Vinter
1 Bil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Buss	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Promenerar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Cyklar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hur många km har Du till arbetet? (enkel resa)

Km	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

G4. Har Du ändrat Din "vardagsmotion" under det senaste året?

- 1 Minskat mycket
- 2 Minskat något
- 3 Som tidigare
- 4 Ökat något
- 5 Ökat mycket

G5. "Den vardagsmotion jag får tillfredsställer mitt behov av att röra på mig". Stämmer detta påstående in på Dig?

- 1 Inte alls
- 2 Ganska dåligt
- 3 Delvis
- 4 Helt och hållet

G2. Markera det alternativ som bäst beskriver Ditt arbete!

- 1 Stillasittande eller stående
- 2 Lätt men delvis rörligt
- 3 Lätt och rörligt
- 4 Ibland fysiskt tungt
- 5 Fysiskt tungt större delen av tiden

Följande tre frågor avser "ombytt motion", dvs kroppslig ansträngning i träningskläder.

G6. Hur ofta har Du tränat eller motionerat i träningskläder de senaste tre månaderna, i syfte att förbättra Din kondition och/eller för att må bra?

- 1 Aldrig
- 2 Då och då - ej regelbundet
- 3 1-2 ggr/vecka
- 4 2-3 ggr/vecka
- 5 Mer än 3 ggr/vecka

G3. Vilka fritidsaktiviteter har Du som ger Dig en viss kroppslig ansträngning?

(Markera lämplig ruta för varje rad)

	Aldrig	1-2 ggr mån	3-4 ggr mån	2-3 ggr vecka	Varje dag
Promenader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cykelturer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Aldrig	Sällan	Någon gång varje månad	Varje vecka	Varje dag
Gammel/folkdans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snöskottning*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trädgårdsarbete*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jakt/fisketurer*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bär/svampplock*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

*Under säsong

G7. Om Du motionerar - har Du ändrat Dina motions vanor under det senaste året?

- 1 Minskat mycket
- 2 Minskat något
- 3 Som tidigare
- 4 Ökat något
- 5 Ökat mycket

G8. Hur fysiskt aktiv var Du före 20-års ålder?

- 1 Befriad från skolgymnastik
- 2 Deltog enbart i skolgymnastik
- 3 Tränade utan att tävla
- 4 Deltog i både träning och tävling (ej på elitnivå)
- 5 Tränade och tävlade på elitnivå

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:

**Rök-, snus-, och alkoholvanor****H1. Röker Du för närvarande?**

(Flera alternativ kan vara aktuella. Markera i lämplig/a ruta/rutor. Markera även hur många cigaretter Du röker per dag)

- 1 Nej, har aldrig rökt → gå till fråga H4
- 2 Ja, jag röker cigaretter →
- 3 Ja, jag röker cigarrer
- 4 Ja, jag röker pipa
- 5 Ja, jag röker då och då (ej dagligen)
- 6 Inte nu, men rökte tidigare regelbundet
- 7 Inte nu, men rökte tidigare då och då → gå till fråga H3

Antal cigaretter/dag

- 1-4
- 5-14
- 15-24
- 25 eller mer

H2. Hur gammal var Du när Du började röka regelbundet?

(Skriv och markera)

Ålder		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

H3 besvaras endast av de som slutat röka.

H3. Om Du slutat röka, vilket år slutade Du?

(Skriv och markera)

Slutade år		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

H4. Har Du någonsin använt snus?

(Markera endast ett alternativ)

- 1 Nej → gå till fråga I1
- 2 Ja, brukade göra det tidigare, men inte nu längre
- 3 Ja, snusar mindre än 2 dosor per vecka
- 4 Ja, snusar 2-4 dosor/vecka
- 5 Ja, snusar mer än 4 men mindre än 7 dosor/vecka
- 6 Ja, snusar 7 dosor eller fler per vecka

H5. Hur lång tid har Du snusat?

(Skriv och markera)

Antal år		1	2	3	4	5	6	7	8	9
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

H6. Började Du snusa i samband med att Du slutade röka?

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Jag både röker och snusar

I1. Är Du absolutist?

- 1 Ja → gå till fråga L1
- 2 Nej

I2. Har Du någonsin tyckt att Du borde minska på Din alkoholkonsumtion?

- 1 Ja
- 2 Nej

I3. Har andra människor irriterat Dig genom att kritisera Ditt drickande?

- 1 Ja
- 2 Nej

I4. Har Du någonsin känt Dig illa till mods eller haft skuld känslor för Ditt sätt att dricka?

- 1 Ja
- 2 Nej

I5. Har Du någonsin druckit det första Du gör på morgonen för att lugna nerverna eller för att bota baksmälla (tagit en "återställare")?

- 1 Ja
- 2 Nej

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (*kryssa ej över*)
markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera
så:

Inte så:

**Matvanor**

Detta är frågor om Dina matvanor det senaste året. Markera det svarsalternativ som stämmer bäst för Dig!

L1. Vilket av följande alternativ på morgonmål stämmer bäst överens med Ditt eget?

(Markera endast ett alternativ)

- 1 Kaffe/te och smörgås
- 2 Kaffe/te och vetebröd eller skorpor
- 3 Fil, flingor, med eller utan smörgås
- 4 Gröt, med eller utan smörgås
- 5 Välling, med eller utan smörgås
- 6 Jag äter inget morgonmål alls

L2. Äter Du vanligen lunch?

- 1 Ja
- 2 Nej

L3. Äter Du vanligen middag?

- 1 Ja
- 2 Nej

L4. Vad består vanligen Dina dagliga mellanmål av?

Välj något eller några av följande alternativ och markera Dina mellanmål (så många som Du vanligen har).

	Frukt	Smör- gås	Vete- bröd/ kaka	"Gobitar" wiener- bröd	Kräm/ frukt- soppa	Godis	Glass	Läsk	Saft	Mjök/ choklad/ fil	Juice	Kaffe/ te
Mellanmål 1	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål 2	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål 3	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål 4	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mellanmål 5	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L5. Har Du ätit något eller några av följande kosttillskott?

Markera lämplig/a rader och ange gärna preparatnamn!

Det senaste året

De senaste 14 dagarna

- | | |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Inga kosttillskott | 1 <input type="checkbox"/> Inga kosttillskott |
| 2 <input type="checkbox"/> Multi-Vitaminer | 2 <input type="checkbox"/> Multi-Vitaminer |
| 3 <input type="checkbox"/> Multi-Mineraler | 3 <input type="checkbox"/> Multi-Mineraler |
| 4 <input type="checkbox"/> Järn | 4 <input type="checkbox"/> Järn |
| 5 <input type="checkbox"/> Selen | 5 <input type="checkbox"/> Selen |
| 6 <input type="checkbox"/> Annat | 6 <input type="checkbox"/> Annat |

Om annat eller om Du är osäker
ange preparatnamn

.....

.....

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:



Titta på nedanstående foto och markera den bokstav som visar den portion som mest liknar Din normalportion för:



Potatis/Ris/Makaroner

A B C D

Kött/Fisk

A B C D

Grönsaker

A B C D

Hur ofta äter Du nedanstående livsmedel?

Markera genomsnittlig konsumtion det senaste året. Markera endast ett alternativ på varje rad.

Födoämne	Frekvens									
	Aldrig	Någon gång per år	1-3 ggr per månad	1 gång per vecka	2-3 ggr per vecka	4-6 ggr per vecka	1 gång per dag	2-3 ggr per dag	4 ggr per dag el mer	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Bregott på smörgås	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Smör på smörgås	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lättmargarin på smörgås	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Margarin på smörgås	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Smör till matlagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Margarin till matlagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Olja till matlagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Salladsdressing med olja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Grädde, creme fraiche, gräddfil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hårt bröd (ex Husmans)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Grovt mjukt fullkornsbröd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Vitt bröd, limpa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ljusugns-, tunnbröd, veteknäcke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bullar, skorpor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Mellanfet hårdost 28% (ex Grevé)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (*kryssa ej över*) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:

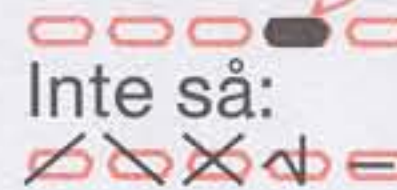


Födoämne	Frekvens								
	Aldrig 1	Någon gång per år 2	1-3 ggr per månad 3	1 gång per vecka 4	2-3 ggr per vecka 5	4-6 ggr per vecka 6	1 gång per dag 7	2-3 ggr per dag 8	4 ggr per dag el mer 9
Mager hårdost 10-17% (ex Drabant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mjukost	<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"/>
Messmör	<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"/>
Korv som pålägg	<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"/>
Kött som pålägg	<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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Gröt av havre	<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"/>
Gröt av graham, råg eller korn	<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"/>
Nypon-, saftsoppa, kräm	<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"/>
Fil, yoghurt, kefir	<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"/>
Lättfil, lättyoghurt, hälsofil	<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"/>
Fiberrika flingor ex 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"/>	<input type="checkbox"/>
Cornflakes, K-spec, mm	<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"/>
Bär, färska eller djupfrysta	<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"/>
Äpplen, päron, persikor	<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"/>
Apelsin, mandarin, grapefrukt	<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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Vitkål	<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"/>
Rotfrukter, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Tomat, gurka	<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"/>
Sallad, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Spenat, grönkål	<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"/>
Frysta grönsaksblandningar	<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"/>
Kokt eller bakad 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"/>	<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Potatismos	<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"/>
Potatissallad	<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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Spaghetti, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Bruna bönor, ärtsoppa	<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"/>
Blöta (buljong + bröd)	<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"/>
Pannkaka, våfflor	<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"/>
Palt, kroppkakor	<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"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>

**VIKTIGT!**

- ☆ Använd endast blyertspenna
- ☆ Fyll hela rutan
- ☆ Sudda noga (kryssa ej över) markeringar som du vill ändra
- ☆ Vik ej detta papper

Markera så:



Inte så:



Födoämne	Frekvens									
	Aldrig 1	Någon gång per år 2	1-3 ggr per månad 3	1 gång per vecka 4	2-3 ggr per vecka 5	4-6 ggr per vecka 6	1 gång per dag 7	2-3 ggr per dag 8	4 ggr per dag el mer 9	
Köttfärsrätter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Grytor med kött	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helt kött, ex stek, kotlett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bacon sidfläsk, "syltefläsk"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Korv som maträtt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hamburgare	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kyckling, höns	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blodmat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lever, njure	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mager fisk (ex aborre, torsk)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fet fisk Rå fisk (ex sill strömming, sik, lax)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skaldjur (ex räkor, musslor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salt fisk (salt sill, strömming)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rökt fisk, rökt kött	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glass	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sötsaker (choklad, godis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sockerbitar, strösocker, honung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marmelad, sylt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kakor, bakelser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chips, popcorn, salta nötter mm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lättmjölk 0.5%, Minimjölk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mellan -1,5%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Standard -3%, "Hemmjölk"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saft, nektar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Läskedrycker, Coca-cola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Juice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bryggkaffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokkaffe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Te	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lättöl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Folköl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Starköl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sprit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TACK FÖR DIN MEDVERKAN!
Kontrollera gärna en gång till att Du fyllt i alla frågor.