



HÄLSOUNDERSÖKNING HJÄRTA - KÄRL - DIABETES

82153

1

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			
A →			-									
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**

Vårdenhet, Ort

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

S-kol		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/> 8 tim eller mer
2	<input type="checkbox"/> Mindre än 8 tim

Sparprover	
1	<input type="checkbox"/> Ja
2	<input type="checkbox"/> Nej

S-TG			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Glukosbelastning I					
Blods			Blods,2		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

Glukosbelastning II					
Blods			Blods,2		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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

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

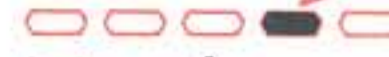
DBT		
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	1	1
2	2	2
3	3	3
4	4	4
5	5	5
6	6	6
7	7	7
8	8	8
9	9	9



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/Sammanboende
- 3 Änka/Änkling
- 4 Frånskild/Separerad
- 5 Omgift

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

- 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

Har Du skiftarbete/
helgtjänstgöring?

- 1 Ja
- 2 Nej

Har Du varit långtidssjuk-
skriven mer än 6 månader?

- 1 Ja
- 2 Nej

Kod (ifylles ej)

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

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

B6. Vilket land kommer Du från?

- 1 Sverige
- 2 Annat land, ange vilket



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
- 3 Vet ej

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

- 1 Ja
- 2 Nej
- 3 Vet ej

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:

Livskvalitet

Markera hur tillfredsställd Du är med Din situation i olika avseenden

	Mycket dålig 1	2	3	4	5	6	Alldeles utmärkt 7
D1. Hem- och familjesituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D2. Bostad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D3. Arbetsituation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D4. Ekonomi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D5. Fritid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Man kan uppleva en del förändringar inom sig själv under årens lopp, försök nedan att markera hur Du känner Dig nu.

	Mycket dålig 1	2	3	4	5	6	Alldeles utmärkt 7
D6. Hörseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D7. Synen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D8. Minnet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D9. Konditionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D10. Aptiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D11. Humöret	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D12. Energin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D13. Tålamodet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D14. Självförtroendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D15. Sömnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Inte alls 1	2	3	4	5	6	Mycket 7
D16. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad utanför hemmet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D17. Känner Du Dig betydelsefull och uppskattad i hemmet?	<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:

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

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

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

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

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

- 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

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

- 1 Nej
- 2 Ja

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

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

- 1 Ja
- 2 Inte tillräckligt
- 3 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:



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 1	Ja, ibland 2	Nej, sällan 3	Nej, så gott som aldrig 4
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 rasten, 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).

	A Vår	B Sommar	C Höst	D 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)

Mil	<input checked="" 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"/>
Km	<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 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

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 2 - 3 ggr/vecka

G7. Om Du motionerar - har Du ändrat Dina motionsvanor 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 både i träning och tävling (ej elitnivå)
- 5 Tränade och tävlade på elitnivå

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 tyngt
- 5 Fysiskt tungt större delen av tiden

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
A Promenader	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B 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
C Gammel/folkdans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D Snöskottning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E Trädgårdsarbete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F Jakt/fisketurer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G Bär/svampplock	<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:



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 1 - 4
- 2 5 - 14
- 3 15 - 24
- 4 25 eller mer

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

(Skriv och markera)

Ålder

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

H3. Hur gammal var Du när Du slutade röka?

(Skriv och markera)

Ålder

X	0
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	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)
(Ex: 4 år=03)

Antal år

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

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

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

Följande frågor gäller för de senaste fem åren

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")?

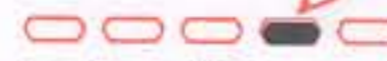
- 1 Ja
- 2 Nej



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. Har Du ätit något eller några av följande kosttillskott?

(Markera lämpliga alternativ)

Det senaste året

De senaste 14 dagarna

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

L3. Vilket av följande alternativ passar bäst för dig?

- | | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|
| Jag äter normalkost (med kött, fisk etc) | 1 <input type="radio"/> Ja | 2 <input type="radio"/> Nej |
| Jag äter vegankost (utan mjölk-ost) | 1 <input type="radio"/> Ja | 2 <input type="radio"/> Nej |
| Jag äter lakto-vegetarisk kost (med mjölk-ost) | 1 <input type="radio"/> Ja | 2 <input type="radio"/> Nej |

L4. 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



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:



Hur ofta äter Du nedanstående livsmedel?

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

Födoämne	Frekvens									
	Aldrig 0	Någon gång per år 1	1-3 ggr per månad 2	1 gång per vecka 3	2-3 ggr per vecka 4	4-6 ggr per vecka 5	1 gång per dag 6	2-3 ggr per dag 7	4 ggr per dag el mer 8	
01 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"/>	<input type="radio"/>
02 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"/>	<input type="radio"/>
03 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"/>	<input type="radio"/>
04 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"/>	<input type="radio"/>
05 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"/>	<input type="radio"/>
06 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"/>	<input type="radio"/>
07 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"/>	<input type="radio"/>
08 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"/>	<input type="radio"/>
09 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"/>	<input type="radio"/>
10 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"/>	<input type="radio"/>
11 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"/>	<input type="radio"/>
12 Vitt bröd, limpa, 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"/>	<input type="radio"/>
13 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"/>	<input type="radio"/>
14 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"/>	<input type="radio"/>
15 Mager hårdost 10-17% (ex Drabant)	<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"/>
16 Korv eller leverpastej som pålägg	<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"/>
17 Kött som pålägg	<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"/>
18 Gröt av havre, graham, råg eller korn	<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"/>
19 Nypon-, saftsoppa, kräm	<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"/>
20 Fil, yoghurt, kefir	<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"/>
21 Lättil, lättoghurt, hälsofil	<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"/>
22 Fiberrika flingor (ex müsli)	<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"/>
23 Cornflakes, K-spec, 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"/>
24 Bär, färsk eller djupfrysta	<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"/>
25 Äpplen, päron, persikor, apelsin, mandarin, grapefrukt	<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"/>
26 Banan	<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"/>
27 Rotfrukter, morötter	<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"/>
28 Tomat, gurka	<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"/>
29 Sallad, salladskål, vitkål, spenat, grönkål, broccolli	<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"/>
30 Kokt eller bakad potatis	<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"/>
31 Stekt potatis, pommes frites	<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"/>
32 Ris	<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"/>
33 Spaghetti, makaroner	<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"/>



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	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
		0	1	2	3	4	5	6	7	8
34 Bruna bönor, ärtsoppa, andra bönor		<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"/>
35 Pannkaka, våfflor, 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"/>
36 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"/>
37 Köttfärsrätter		<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"/>
38 Grytor med kött		<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"/>
39 Helt kött, (ex stek, kotlett)		<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"/>
40 Bacon, sidfläsk, "syltefläsk"		<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"/>
41 Korv som maträtt		<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"/>
42 Hamburgare		<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"/>
43 Kyckling, höns		<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"/>
44 Mager fisk, (ex aborre, torsk)		<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"/>
45 Fet fisk, (ex sill, strömming, sik, lax)		<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"/>
46 Salt fisk, (ex salt sill, strömming)		<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"/>
47 Rökt fisk, rökt kött		<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"/>
48 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"/>	<input type="checkbox"/>
49 Sötsaker (ex choklad, godis)		<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"/>
50 Sockerbitar, strösocker, honung, marmelad, sylt		<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"/>
51 Kakor, bakelser		<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"/>
52 Chips, popcorn, salta nötter 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"/>
53 Lättmjölk 0.5%		<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"/>
54 Mellanmjölk, Mellanfil -1.5%		<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"/>
55 Standard mjölk -3%, "Hemmjölk"		<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"/>
56 Läskedrycker, Coca-Cola, saft, nektar, juice		<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"/>
57 Bryggkaffe		<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"/>
58 Kokkaffe		<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"/>
59 Te		<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"/>
60 Lättöl		<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"/>
61 Folköl		<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"/>
62 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"/>
63 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"/>
64 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"/>
65 Vatten		<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"/>

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