

LEVNADSVANOR OCH HÄLSA BLAND MÄN

Använd helst en kulspetspenna med svart eller blå färg.

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

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

VIKT

1. Vilken var Din födelsevikt?

Mindre än 1500 gram	1500- 2499	2500- 3999	4000- 4999	Över 5000	Vet ej
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
60 år	70 år	Aktuell vikt	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Midja cm Höft cm

8. Vilken är Din skostorlek Kragstorlek

9. 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, pga bantning ggr, sjukdom ggr

var mer aktiv ggr, annat ggr

10. 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

11. 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

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"/>

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

Sova timmar Sitta/ligga timmar

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"/>	

18. Hur ofta äter Du i genomsnitt stekta maträtter?

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

19. Hur hårt stekta brukar dessa maträtter vara?

- Lätt stekyta (ljust brun) Måttlig stekyta (brun)
 Kraftig stekyta Mycket kraftigt stekt

20. Hur ofta brukar Du dricka alkohol?

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

Jag brukar dricka	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"/>

21. 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

22. Äter Du vitamin-, mineral- eller annat tillskott?

- Ja, regelbundet Ja, ibland Nej
 Om ja, hur mycket och sedan hur länge?

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

23. Vilka av följande preparat brukar Du äta?

- Enomdan Vitamineral Vitaplex Omnibionta
 Dulcivit Vit B-komplex Selen Folsyra
 Gerimax Beta-karoten Q10 Oxigard
 Protector Magnesium Zink Kriom
 Esbericum Hyperiforce Cernitol Curbisin
 Echinacea Vitlöksprep. Ginseng Annat

HÄLSA

24. Hur bedömer du Din hälsa?

- Mycket god God Sådär Dålig Mycket dålig

25. Har Du haft någon av följande sjukdomar?

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

- Högt blodtryck år
 Högt kolesterol år
 Blodpropp (djup) i benet år
 Kärlekskramp i hjärtat år
 Hjärtinfarkt år
 Slaganfall (stroke) år
 Sockersjuka år
 Benbrott i handled/kota/lårben år
 Njursten år
 Gallsten år
 Grå starr år
 Vattenkastningsbesvär år

26. Har någon av Dina föräldrar eller syskon haft:

- | | Nej | Ja, mor | far | syskon | Vet ej |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 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
före 60 års ålder | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |

27. Frågorna avser hur vattenkastningen varit under den sista månaden

	Aldrig	Mindre än var 5:e gång	Mindre än varannan gång	Ungefär hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
Hur ofta har Du haft en känsla av att ej kunna tömma urinblåsan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har Du tvingats kasta vatten inom två timmar efter föregående toalettbesök?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta kommer urinen i flera portioner vid vattenkastning?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har Du svårt att hålla Dig när Du blir kissnödig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta har Du svag urinstråle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hur ofta måste Du trycka på för att få fram urinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aldrig	1 gång	2 ggr	3 ggr	4 ggr	5+

28. Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten varje natt?

	Mycket bra	Bra	Acceptabelt	Varken bra eller dåligt	Mycket dåligt	Ganska dåligt	Fruktansvärt
29. Om Du var tvungen att leva med vattenkastningen som den är i dag, hur skulle det kännas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MEDICINER, RÖKNING M.M.

30. Har Du använt några av följande mediciner?
Om ja, hur mycket och sedan hur länge?

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

Nej Ja tabletter/vecka år

Sömnmedel/insomningsmedel

Nej Ja tabletter/månad år

Kortisontabletter Nej Ja kurer

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

Nej, Ja, tar nu, Ja, i sammanlagt år

31. Har Du tagit medicin mot prostatabesvär?

Nej

Ja, Proscar

från års ålder, totalt år

Ja: Peripress, Alfadil, Xatral, Hytrinex, Sinalfa

från års ålder, totalt år

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

33. Har Du snusat eller rökt pipa regelbundet?

Nej Slutat snusa Snusar fortfarande

Nej Slutat röka pipa Röker fortfarande pipa

34. Hur ofta känner Du stark ilska?

ggr/dag gg/vecka Sällan

Skicka formuläret i det bifogade portofria svarskuvertet

ÖVRIGA FRÅGOR

35. Var växte Du upp?

I storstad/förort

I en mellanstor stad

I en mindre stad/samhälle

På landsbygden

36. Hur många hel/halvsyskon har Du?

Systrar

Bröder

37. Hur många syskon födde Din mamma före Dig?

Hon födde barn före

38. Vilka utbildningar/skolor har Du gått?

Folkskola/Grundskola

Gymnasium

Realskola

Universitet/högskola

Yrkesskola/Flickskola

Annan utbildning

39. Vilket är Ditt nuvarande civilstånd?

Ogift

Gift/sambo

Frånskild

Änkeman

40. Vilken är Din nuvarande sysselsättning?

Heltidsarbete

Deltidsarbete

Arbetslös

Studerande

Sjukpensionär

Pensionär

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 ärftliga 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 !

