

2003

1943-53 års män

1953 års kvinnor

## TIDIGARE OCH NUVARANDE SJUKDOMAR

ID nr

--	--	--	--	--

ID

Går Du eller har Du tidigare varit under läkarbehandling för någon eller några av följande sjukdomar? (Sätt ett kryss i lämplig ruta)

	<u>Nej</u>	<u>Ja</u>	<u>Om ja, årtal och sjukhus?</u>	Ifylles ej ↓ Nej=0 Ja=1	
1. Hjärtinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 68
2. Kärkramp (angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 69
3. Hjärtsvikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 70
4. Förmaksflimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 71
5. By pass operation (kranskärl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 72
6. Ballongvidgning av kranskärl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 73
7. Kärloperation i benen (inklusive ballongvidgning i benen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 74
8. Annan hjärtoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 75
9. Slaganfall (stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 76
10. Kronisk luftrörskatarr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 77
11. Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 78
12. Ledgångsvärk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 79
13. Ämnesomsättning (låg el. hög)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 80
14. Annan hormonsjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 81
15. Cancer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 82
16. Magsår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 83

2003

1943-53 års män

1953 års kvinnor

Formulär 2 2 (3)

	<u>Nej</u>	<u>Ja</u>	<u>Om ja, årtal och sjukhus?</u>	I fyller ej ↓ Nej=0 Ja=1	
17. Magsäcksoperation (del av magsäcken bortopererad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 84
18. Njursjukdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 85
19. Prostataoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 86
20. Propp i lungan (lungemboli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 87
21. Propp i benet (bentrombos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 88
22. Benbrott, armbrott eller brott på kotor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	J 89
23. Har någon läkare funnit att Du har för högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nej Ja	<input type="checkbox"/>	J 90
24. Tar Du medicin mot för högt blodtryck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nej Ja	<input type="checkbox"/>	J 91
25. Har någon läkare funnit att Du har för höga blodfetter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nej Ja	<input type="checkbox"/>	J 92
26. Har Du behandling mot för höga blodfetter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nej (0) Ja, kost (1) Ja, läkemedel (2)	<input type="checkbox"/>	J 93
27. Har läkare någon gång sagt att Du har sockersjuka (diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nej Ja	<input type="checkbox"/>	J 94
Om ja, <u>vilket år</u> fick Du sockersjuka? Ar _____ (I fyller ej om Du inte har sockersjuka)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Om ja, <u>vilken läkare</u> kontrollerar Din sockersjuka?					J 95

Namn

Adress

28. Vilken behandling har Du för Din sockersjuka (diabetes)?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Har ej sockersjuka (Gå till fråga 30) (0) | <input type="checkbox"/> Tabletter (3)             |
| <input type="checkbox"/> Ingen behandling (1)                      | <input type="checkbox"/> Insulin (4)               |
| <input type="checkbox"/> Enbart kostbehandling (2)                 | <input type="checkbox"/> Insulin och tabletter (5) |

29. Om Du har insulin, började Du med det inom 1 år efter att diabetes upptäcktes?

- Nej  
 Ja

30. Har Du de senaste 12 månaderna varit sjukskriven?

- Nej  
 Ja, i sammanlagt \_\_\_\_\_ veckor

31. Har Du den senaste veckan använt receptbelagda läkemedel?

- Nej  
 Ja

Om ja, vilket/vilka läkemedel?

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

32. Hur många gånger sedan 1993 har Du vårdats på sjukhus?

Vårdats \_\_\_\_\_ gånger

För vad?

När?

Vilket sjukhus?

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Skriv på baksidan om pappret inte räcker till

Ifylles ej  
↓  
Nej=0  
Ja=1

J 96

J 97

J 98  
Veckor

J 99

text J 100

J 101