

1913-23-43

Tidigare och nuvarande sjukdomar, hälsa 1

Söner
1993Kort nr

| | |
|---|---|
| 0 | 4 |
|---|---|

 2ID nr (för söner, faders ID)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 7Son ID nr (alla andra)

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

 11

Går Du eller har Du tidigare varit under läkarbehandling för någon eller några av följande sjukdomar?

| | Nej | Ja | Om ja, årtal och sjukhus? | Ifylles ej (Nej=0, Ja=1) |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Hjärntinfarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 12 |
| Hjärtsvikt..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 13 |
| Förmaksflimmer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 14 |
| By pass operation (kranskärl)... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 15 |
| Kärloperation i benen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 16 |
| Annan hjärtoperation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 17 |
| Slaganfall (stroke)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 18 |
| Kronisk luftrörskatarr..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 19 |
| Astma..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 20 |
| Ledgångsvärk..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 21 |
| Ämnesomsättning (låg el. hög).. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 22 |
| Annan hormonsjukdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 23 |
| Cancer..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 24 |
| Magsår..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 25 |
| Magsäckoperation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 26 |
| (del av magsäcken bortopererad) | | | | |
| Njursjukdom..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 27 |
| Prostataoperation..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 28 |
| Propp i lungan (lungemboli).... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 29 |
| Propp i benet (bentrombos)..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 30 |
| Benbrott, armbrott, brott på kotor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> 31 |

Har Du fått ändra Din livsstil påtagligt på grund av sjukdom eller skada?

1. Ja, absolut 2. Ja, i någon mån 3. Varken ja eller nej4. Nej, knappast 5. Nej, absolut inte 32

1913-23-43

Söner
1993

Tidigare och nuvarande sjukdomar, hälsa 2

Kryssa i aktuell rutaIfylles ej
(Nej=0, Ja=1)

Har någon läkare funnit att Ni har för högt blodtryck?

 Nej Ja 33

Har Ni medicin mot för högt blodtryck?

 Nej Ja 34

Har någon läkare funnit att Ni har för höga blodfetter?

 Nej Ja 35

Har Ni behandling mot för höga blodfetter?

 Nej Ja, kost (=1) Ja, läkemedel (=2) 36

Skulle Ni kunna tänka Er att genomföra relativt stora förändringar av Era matvanor om det visar sig att kolesterolet är för högt ?

 Nej Ja 37

Har läkare någon gång sagt att Ni har sockersjuka (diabetes)?

 Nej Ja 38Vilket år fick Ni sockersjuka?
(skriv 00 om Ni inte har sockersjuka)

År 19

 40Vilken doktor kontrollerar
Er sockersjuka? (Ifylles ej
om Ni inte har sockersjuka).....
Namn.....
Adress

Vilken behandling har Ni för Er sockersjuka (diabetes)?

0. Har ej sockersjuka3. Tabletter1. Ingen behandling4. Insulin2. Enbart kostbehandling5. Insulin och tabletter 41Om Ni har insulin, började Ni med det
inom 1 år efter att diabetes upptäcktes?
(Ifylles ej om ej insulin) Nej Ja 42

Anser Ni att sockersjukan avsevärt försämrat Er hälsa i stort?

0. Har ej sockersjuka3. Ja, i någon mån1. Nej, absolut inte4. Ja, absolut2. Nej, knappast 43

Lider Ni av någon annan kronisk sjukdom som inte har nämnts här?

 Nej Ja Om ja, vilken sjukdom 44

1913-23-43
Söner
1993

Tidigare och nuvarande sjukdomar, hälsa 3

Kryssa i aktuell ruta!

Har Du några svårigheter med att:

Nej Ja

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Äta själv | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Klä på Dig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå obehindrat inomhus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gå i trappor och ta Dig fram utomhus..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Promenera 100 m i någorlunda rask takt.... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ifylles ej
(Nej=0, Ja=1)

| | |
|--------------------------|----|
| <input type="checkbox"/> | 45 |
| <input type="checkbox"/> | 46 |
| <input type="checkbox"/> | 47 |
| <input type="checkbox"/> | 48 |
| <input type="checkbox"/> | 49 |

Skulle Du säga att Du har mer energi än de flesta i Din ålder?

Nej Ja

50

Hur många timmar sover Du i genomsnitt per dygn?timmar

52

Har Du varit sängliggande på grund av sjukdom under senaste året?

Nej Ja

53

Om ja, hur många veckor helt sängliggande?veckor

55

Har Du varit inlagd på någon vårdinstitution (sjukhus, sjukhem, vårdhem eller liknande) under de sista 12 månaderna?

Nej Ja

56

Om ja, hur många veckor inlagd?veckor

58

Ungefär hur många gånger har Du besökt läkare under de senaste 12 månaderna?

.....gånger

60

Har Du under de senaste 12 månaderna varit i kontakt med distriktssköterska?

Nej Ja

61

Har Du under de senaste 12 månaderna haft kommunal hemhjälp?

Nej Ja

62

Hur många gånger sedan 1988 har Du vårdats på sjukhus?

Vårdats gånger

64

För vad?

När? Vilket sjukhus?

| | | |
|-------|-------|-------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Skriv på baksidan om papperet inte räcker till!