

Frågor rörande arbete och utbildning

Sätt kryss (x) i lämplig ruta, för det alternativ som stämmer bäst med Din situation.
Endast ett x på varje fråga!

Är Du för närvarande:

- i arbete heltid
- i arbete deltid
- helt förtidspensionerad/sjukskriven
- förtidspensionär/sjukskriven deltid
- folkpensionär
- arbetslös
- annat

Vilket är Ditt yrke/Din befattning?

Om Du inte förvärvsarbetar ange i så fall det arbete Du tidigare huvudsakligen haft

.....

(ifylls ej)

Om Du är gift/sammanboende

Vilket är Din makes/sammanboendes yrke/ befattning?

.....

(ifylls ej)

Vilken är den högsta utbildning Du avslutat?

- högskola eller universitet
- gymnasium
- flickskola/realskola/folkhögskola
- yrkesskola/fackskola
- folkskola

**Hur många år har Du gått i skola eller ägnat Dig åt studier på heltid?
(ange år från första klass och framåt)**

I vilket land är Du född?

- Sverige
- Annat land, vilket?

Frakturer

Har Du någon gång råkat ut för någon av följande frakturer?

Typ av fraktur	Ja	Nej	Årtal
Skallskada			
Kotfraktur			
Handledsfaktur			
Överarmsfraktur			
Lårbensfraktur (inkl lårbenshals)			
Underbensfraktur			
Fotledsfaktur			
Revbensfraktur			
Nyckelbensfraktur			
Övriga frakturer			

Eventuella kommentarer:

.....

.....

.....

.....

.....

BEDA II-studien

ID nr

--	--	--	--	--

Besvär

Har Du under de senaste *tre månaderna* besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd.
Markera med ett kryss Ditt ja eller nej - är Du tveksam, försök ändå besvara frågan.

<u>Besvär</u>	Ja	Nej
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonbesvär	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hörselnedsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt Dig allmänt trött.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnbesvär.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervösa besvär.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svettningar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andfåddhet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i bröstet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hosta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt Dig lättirriterad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt Dig överansträngd.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att koncentrera Dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känt Dig rastlös.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft perioder då Du känt Dig nere och dyster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft lätt för att gråta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haft svårt att slappna av.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i magen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig aptit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avmagring.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övervikt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frusenhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besvär med att kasta vatten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledbesvär.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i ryggen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i benen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hälsa

Besvara frågorna genom att sätta en ring runt den siffra Du tycker stämmer bäst på Dig. Om Du är osäker, ringa ändå in den siffra som känns riktigast

I allmänhet, skulle Du vilja säga att Din hälsa är:

(Sätt en ring runt en siffra)

Utmärkt	1
Mycket god	2
God	3
Någorlunda	4
Dålig	5

De följande frågorna handlar om aktiviteter som Du kan tänkas utföra under en vanlig dag. Är Du på grund av Ditt hälsotillstånd begränsad i dessa aktiviteter nu? Om så är fallet, hur mycket?

Aktiviteter	Ja, mycket begränsad	Ja, lite begränsad	Nej, inte alls begränsad
a. <u>Ansträngande aktiviteter</u> , som att springa, lyfta tunga saker, delta i ansträngande sporter	1	2	3
b. <u>Måttligt ansträngande aktiviteter</u> , som att flytta bord, dammsuga, skogspromenader eller trädgårdsarbete.	1	2	3
c. Lyfta eller bära matkassar	1	2	3
d. Gå uppför <u>flera</u> trappor	1	2	3
e. Gå uppför <u>en</u> trappa	1	2	3
f. Böja Dig eller gå ner på knä	1	2	3
g. Gå <u>mer än två kilometer</u>	1	2	3
h. Gå <u>några hundra meter</u>	1	2	3
i. Gå <u>hundra meter</u>	1	2	3
j. Bada eller klä på Dig	1	2	3