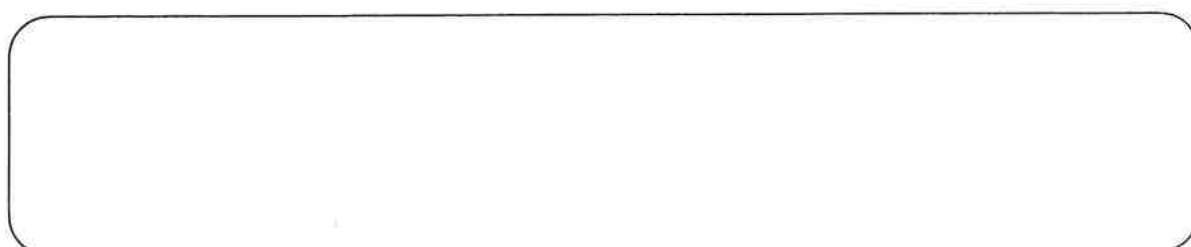


## Deltagarformulär



*Be gärna anhörig hjälpa till om Ni tycker att formuläret är svårt att fylla i.*

Var vänlig stryk över och skriv till rätt adress  
och telefonnummer nedan om något är fel-  
aktigt:

.....  
.....  
.....

Besvara frågorna genom att sätta ett kryss i rutan för det alternativ Ni finner lämpligt, eller skriv svaret på de prickade raderna nedan

denna kolumn  
skall ej ifyllas

1. Nuvarande civilstånd .....

- 1.  ogift
- 7.  gift kvinna
- 2.  gift man
- 4.  skild
- 5.  änka/änkling

2. Är Ni sambo eller särbo med någon? .....

- 1.  Nej
- 2.  Ja, sambo
- 3.  Ja, särbo

3. Antal födda barn .....

4. Bostadsförhållanden .....

Bor Ni: .....

- 1.  i hyreslägenhet
- 2.  i bostadsrätt
- 3.  i villa (eget hem eller småhus)
- 4.  servicelägenhet
- 5.  äldreboende
- 6.  gruppboende för dementa
- 7.  Annan boendeform, nämligen.....

**5. Har Ni kommunalt bostadstillägg?**

.....

1.  Nej  
2.  Ja  
9.  Vet ej

**6. Har Ni under de senaste 5 åren haft ansvar för vården av någon långvarigt sjuk eller handikappad anhörig?**

.....

1.  Nej  
2.  Ja

- Om Ja: 1.  Make?  
2.  Barn?  
3.  Annan anhörig?

.....

**Inkomstförhållanden**

**7. Ändring i ekonomi senaste 5 åren**

.....

1.  Mycket försämrad  
2.  Försämrad  
3.  Oförändrad  
4.  Förbättrad  
5.  Mycket förbättrad

## Frågor om utbildning

### 8. Utbildning

1.  folkskola .....  
antal år .....
2.  läroverk .....
3.  folkhögskola .....
4.  realexamen .....
5.  flickskola .....
6.  gymnasium .....
7.  studentexamen .....
8.  högskola/universitet .....
9.  examen från högskola/universitet .....
10.  speciell yrkesutbildning, även vårdutbildningar  
(ange nedan): .....

utbildning ..... år/åren .....

utbildning ..... år/åren .....

utbildning ..... år/åren .....

utbildning ..... år/åren .....

utbildning ..... år/åren .....

9. Hur många år har Ni sammanlagt ägnat åt Er utbildning? .....

antal år

10. Om Ni inte förvärvsarbetar för närvarande, när slutade Ni arbeta? .....

1.  arbetar fortfarande  
2.  jag har aldrig förvärvsarbetat  
3.  jag slutade förvärvsarbeta år .....

11. Om ni upphörde att förvärvsarbeta före 65 års ålder, vad var orsaken härtill? .....

0.  arbetade fram till 65 års ålder eller senare  
1.  jag slutade arbeta på grund av:

.....  
(ange orsak)

12. Vilket var ert huvudsakliga yrke före 65 års ålder? .....

0.  jag har aldrig förvärvsarbetat  
1.  hushållsarbete i hemmet  
2.  mitt huvudsakliga yrke har varit:

.....  
(ange yrke)

13. Har Ni varit långtidssjukskriven mer än 3 månader av Ert yrkesverksamma liv (även under perioder då Ni arbetat i hemmet)? .....

1.  Nej  
2.  Ja

14. Om "ja" under vilken/vilka perioder?

.....  
År/åren      Orsak till sjukskrivningen

.....  
År/åren      Orsak till sjukskrivningen

.....  
År/åren      Orsak till sjukskrivningen

15. Alder vid pensionen?  År .....

16. Har Ni tidigare haft förtidspension/sjukpension? .....

1.  Nej  
2.  Ja

Om "Ja", ange orsak:

Orsak till förtidspension/sjukpension

.....

17. Alder vid förtidspension/sjukpension?   .....

### Intagningar på sjukhus

18. Har Ni under de senaste 5 åren varit intagen på sjukhus? .....

1.  Nej  
2.  Ja

Om svaret är Ja, försök då så noggrant som möjligt ange årtal, sjukhus samt orsak till intagningen! Här ges ett par exempel på hur man kan uttrycka sig:

År	Sjukhus	Orsak
2001	Urologen Sahlgrenska	Njurbäckeninflammation
2002	Mölndals sjukhus	Åderbråcksoperationer
2004	Medicin Östra sjukhuset	Bröstsmärtor

År	Sjukhus	Orsak
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

## Om sömn

19 Hur många timmar brukar Ni sova per dygn? .....

- |   |                          |          |
|---|--------------------------|----------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | 4 timmar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | 5 timmar |
| 3 | <input type="checkbox"/> | 6 timmar |
| 4 | <input type="checkbox"/> | 7 timmar |
| 5 | <input type="checkbox"/> | 8 timmar |
| 6 | <input type="checkbox"/> | 9 timmar |

20 Räcker det? .....

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

## Om kaffe

21. Hur många koppar kaffe dricker Ni per dag? .....

- |   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 0 | <input type="checkbox"/> | Ingen                                  |
| 1 | <input type="checkbox"/> | Någon kopp kaffe om dagen men inte mer |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Dricker 2-3 koppar kaffe per dag       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Dricker 4-6 koppar kaffe per dag       |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Dricker 7-10 koppar kaffe per dag      |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Dricker 11-20 koppar kaffe per dag     |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Dricker mer än 20 koppar kaffe per dag |

22. Vilken typ av kaffe dricker Ni .....

- |   |                          |                                  |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Kokkaffe                         |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Bryggkaffe                       |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Både kokkaffe och bryggkaffe     |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Pulverkaffe (snabbkaffe)         |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Annat (espresso eller liknande)  |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Varierande typer, nämligen ..... |

**Eventuella besvär under de senaste 3 månaderna. Har Ni under de senaste 3 månaderna besvärats av något eller några av nedanstående tillstånd? (Markera med ett kryss Ert "Ja" eller "Nej" – är Ni tveksam, försök ändå besvara frågan).**

	Ja	Nej	
23. Yrsel .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23
24. Ögonbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24
25. Hörselnedsättning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25
26. Huvudvärk .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26
27. Känt Er allmänt trött .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27
28. Sömnbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28
29. Nervösa besvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29
30. Svettningar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30
31. Andfåddhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31
32. Ont i bröstet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32
33. Hosta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33
34. Känt Er lättirriterad .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34
35. Känt Er överansträngd .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35
36. Haft svårt att koncentrera Er .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36
37. Känt Er rastlös .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37
38. Haft perioder då Ni känt Er nere och dystert .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38
39. Haft lätt för att gråta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39
40. Haft svårt att slappna av .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40
41. Ont i magen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41
42. Illamående .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
43. Diarré .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43
44. Förstoppning .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	44
45. Dålig aptit .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	45
46. Avmagring .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46
47. Övervikt .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47
48. Frusenhet .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48
49. Besvär med att kasta vatten .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49
50. Ledbesvär .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50
51. Ont i ryggen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51
52. Ont i benen .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
Om Ni har haft något/några av ovanstående besvär, har Ni sökt läkare för dessa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53
Om "Nej", har Ni funderat på att söka?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54

Om "Ja", för vad? .....



På nedanstående skalor är det meningen att Ni skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Ni är med Er situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Ni upplever Er situation nu.

<p><b><u>Arbetsituation</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Hem- och familjesituation</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Bostadssituation</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Ekonomisk situation</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Social situation (umgänge)</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Fritidssituation</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Hälsosituation</u></b> (välbefinn.)</p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>	

På nedanstående skalor är det meningen att Ni skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Ni är med Er situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Ni upplever Er situation nu.

<p><b><u>Hörseln</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Synen</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Minnet</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Konditionen</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Aptiten</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Humöret</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Energin</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig 7 <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Självförtroendet</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre 1 <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt 2 <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra 3 <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt 4 <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra 5 <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt 6 <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt 7 <input type="checkbox"/></p>

På nedanstående skalor är det meningen att Du skall försöka uppskatta och markera hur tillfredsställd Du är med din situation i olika avseenden. Varje skala har 7 steg. Markera för varje fråga hur Du upplever din situation nu.

<p><b><u>Tålmodet</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Sömnen</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>
<p><b><u>Prestationsförmågan</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dåligt <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dåligt <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dåligt <input type="checkbox"/></p>	<p><b><u>Aktuell vikt</u></b></p> <p>1. Alldeles utmärkt, kunde inte vara bättre <input type="checkbox"/></p> <p>2. Utmärkt <input type="checkbox"/></p> <p>3. Bra <input type="checkbox"/></p> <p>4. Varken bra eller dålig <input type="checkbox"/></p> <p>5. Inte riktigt bra <input type="checkbox"/></p> <p>6. Dålig <input type="checkbox"/></p> <p>7. Mycket dålig <input type="checkbox"/></p>

## Mediciner

Gör en så fullständig lista som möjligt över de mediciner Ni tar! Skriv först dem Ni tar dagligen, därefter dem Ni tar vid behov

Namn på medicinen	Dosering	Styrka på Tabletten	Orsak till medicineringen
<b>Exempel:</b> Salures K Treo comp	1 tabl dagligen 1 tabl flera ggr per dag	2.5 mg 0.5 g	blodtrycket huvudvärk

### Mediciner varje dag

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### Mediciner vid behov

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

### Tar du naturläkemedel?

- 1  Nej  
2  Ja

Om ja, hur många?

### Namn på preparatet

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Tag gärna med medicinerna till undersökningen!

Är det någon speciell doktor Ni brukar vända Er till, .....  
om Ni har behov av att söka läkare?

Nej

Ja

Ange i så fall läkarens namn och om möjligt adressen till  
mottagningen eller namnet på det sjukhus, där läkaren  
tjänstgör!

.....  
Läkarens namn

.....  
Mottagningsadress eller sjukhus

Ni kommer själv att få ett meddelande från oss angående resultaten  
från undersökningen.

Vill Ni dessutom att vi skall sända ett meddelande till .....  
ovanstående läkare?

Nej

Ja

### FRÅGOR OM VATTENKASTNING

1. Finns problem med vattenkastningen? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
2. Kommer trängningarna till vattenkastning plötsligt och tvingande? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
3. Sedan hur länge kommer trängningarna till vattenkastning plötsligt och tvingande? .....
  - 0
  - 1 < 3 veckor
  - 2 3 veckor till 6 månader
  - 3 6 månader till 2 år
  - 4 > 2 år
  
4. Hur många gånger kastar Ni vatten per dygn? .....

.....
  
5. Förekommer ofrivilligt läckage av urin? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja
  
6. Har det hänt, att när Ni har trängningar till vattenkastning, urinen kommit av sig själv för tidigt, innan Ni själv vill? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta
  
7. Har det hänt i samband med hosta eller skratt eller dylikt, att urinen kommit av sig själv, utan att Ni kunna hålla igen, och att Ni känt hur urinen passerar? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta
  
8. Har det hänt, att urinen har kommit av sig själv på natten, utan att Ni själv har märkt det? .....
  - 1 Nej
  - 2 Ja, någon enstaka gång
  - 3 Ja, ofta

- 9. Hur ofta förekommer ofrivilligt läckage av urin?** .....
- 1 Varje dag
  - 2 Varje vecka
  - 3 Mer sällan
  - 4 Aldrig
- 10. Har Ni någon gång behandlats med kateter?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, tidigare
  - 3 Ja, nu
  - 4 RIK (Ren Intermittent Kateterisering)
- 11. Vet Ni varför, Ni behandlas/behandlats med kateter?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja
- Om Ja, varför?
- 12. Om Er vattenkastning förblir oförändrar resten av livet, är Ni då:** .....
- 1 Mycket nöjd
  - 2 Nöjd
  - 3 Ganska nöjd
  - 4 Varken nöjd eller missnöjd
  - 5 Ganska missbelåten
  - 6 Olycklig
  - 7 Fruktansvärt olycklig
- 13. Har Ni trög mage?:** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, alltid
  - 3 Ja, ibland
- 14. Har det någon gång hänt, att avföringen kommit av sig själv i kläderna, utan att Ni kunna hålla igen?** .....
- 1 Nej
  - 2 Ja, tidigare
  - 3 Ja, ibland
  - 4 Ja, alltid