

## Frågor vid hälsoprofilen

Namn: \_\_\_\_\_

Personnr: \_\_\_\_\_

### Bakgrund

Ja

Nej

Har någon av dina föräldrar eller syskon drabbats av hjärtinfarkt eller hjärnblödning/propp i hjärnan?



Förekommer diabetes (sockersjuka) hos någon av dina föräldrar eller syskon?



Har du haft hjärtinfarkt eller blödning/propp i hjärnan?



Har du ont i bröstet när du går uppför backar eller trappor eller när du går fort på plan mark?



Har du diabetes (sockersjuka) ?



Har du någon gång fått besked om att ditt blodtryck är förhöjt?



Äter du någon medicin?



Vilken?: \_\_\_\_\_

### Sömn

Har Du besvär med sömnen?



### Motion

Motionerar du regelbundet (minst 30 minuter/tillfälle)?



Om **Ja**, hur många tillfällen per vecka? \_\_\_\_\_

### Mat

Äter du dagligen frukt?



Äter du fiberrika grönsaker som kål, broccoli, bönor eller rotfrukter flera ggr i veckan?



Väljer du vanligtvis magra mejeriprodukter som lättmargarin och lättost?

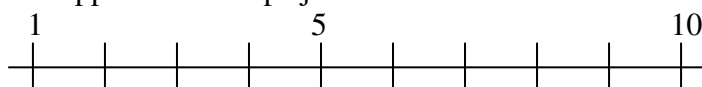
|   | Ja                       | Nej                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Väljer du medvetet mat med ”bra” fett som vegetabiliska oljor, fisk, nötter, avokado? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Äter du frukost?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Äter du vanligen lagad mat till lunch under arbetsdagen?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Undviker du oftast sötsaker som godis, läsk, kaffebröd?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Tobak

|                                   |                          |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Är du rökare?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Är du utsatt för passiv rökning?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Använder du snus eller tuggtobak? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

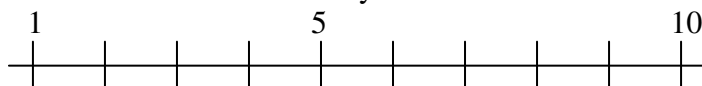
## Stress

Ange din upplevda stress på jobbet under det senaste året



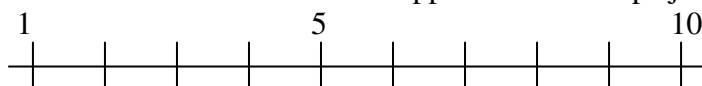
Ingen stress                      Medelsvår                      Hög stress

Hur ofta orsakar ditt arbete stressymtom?



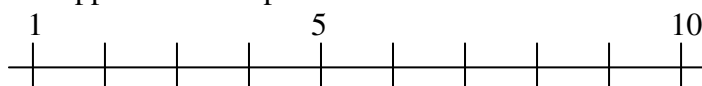
Aldrig                      Ibland                      varje dag

Hur ofta händer det att du inte kan koppla av tankarna på jobbet när du är ledig?



Aldrig                      Ibland                      varje dag

Ange din upplevda stress på fritiden under det senaste året



Ingen stress                      Medelsvår                      Hög stress