**Helbred og trivsel**

## **Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Fremragende |  |
| Vældig godt |  |
| Godt |  |
| Mindre godt |  |
| Dårligt |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| De følgende spørgsmål handler om aktiviteter i dagligdagen. Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Ja, meget begrænset | Ja, lidt  begrænset | Nej, slet ikke  begrænset |
| Lettere aktiviteter, såsom at flytte  et bord, støvsuge eller cykle |  |  |  |
| At gå flere etager op ad trapper |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred? | | | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Hele  tiden | Det meste af tiden | Noget  af tiden | Lidt  af tiden | På intet tidspunkt |
| Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville |  |  |  |  |  |
| Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer? | | | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Hele  tiden | Det meste af tiden | Noget  af tiden | Lidt  af tiden | På intet tidspunkt |
| Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville |  |  |  |  |  |
| Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer |  |  |  |  |  |

## **Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Slet ikke |  |
| Lidt |  |
| Noget |  |
| En hel del |  |
| Virkelig meget |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger … | | | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Hele  tiden | Det meste af tiden | Noget  af tiden | Lidt  af tiden | På intet tidspunkt |
| har du følt dig rolig og afslappet? |  |  |  |  |  |
| har du været fuld af energi? |  |  |  |  |  |
| har du følt dig trist til mode? |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)? |

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Hele tiden |  |
| Det meste af tiden |  |
| Noget af tiden |  |
| Lidt af tiden |  |
| På intet tidspunkt |  |

**Dagligdagens stress**

| Spørgsmålene drejer sig om dine følelser og tanker inden for de seneste 4 uger. For hvert spørgsmål bedes du markere med et kryds, hvor ofte du følte eller tænkte på den pågældende måde. **Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Aldrig | Næsten  aldrig | En gang  imellem | Ofte | Meget ofte |
| Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet? |  |  |  |  |  |
| Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv? |  |  |  |  |  |
| Har du følt dig nervøs og ”stresset”? |  |  |  |  |  |
| Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer? |  |  |  |  |  |
| Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det? |  |  |  |  |  |
| Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle? |  |  |  |  |  |
| Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritationsmomenter? |  |  |  |  |  |
| Har du følt, at du havde styr på tingene? |  |  |  |  |  |
| Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på? |  |  |  |  |  |
| Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem? |  |  |  |  |  |

**Symptomer og ubehag**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det? | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Ja, meget generet | Ja, lidt generet | Nej |
| Smerter eller ubehag i skulder eller nakke |  |  |  |
| Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led |  |  |  |
| Smerter eller ubehag i ryg eller lænd |  |  |  |
| Træthed |  |  |  |
| Hovedpine |  |  |  |
| Søvnbesvær, søvnproblemer |  |  |  |
| Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig |  |  |  |
| Ængstelse, nervøsitet, uro og angst |  |  |  |

**Langvarige sygdomme og eftervirkninger**

## Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ja |  |  |
| Nej |  |  |

## For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt mindst ét X i hver linje)* | Nej, det har jeg aldrig haft | Ja, det har jeg nu | Ja, det har jeg haft tidligere |  | Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger? | |
| Ja | Nej |
| Astma |  |  |  |  |  |  |
| Allergi (ikke astma) |  |  |  |  |  |  |
| Sukkersyge (diabetes) |  |  |  |  |  |  |
| Forhøjet blodtryk |  |  |  |  |  |  |
| Blodprop i hjertet |  |  |  |  |  |  |
| Hjertekrampe (angina pectoris) |  |  |  |  |  |  |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen |  |  |  |  |  |  |
| Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) |  |  |  |  |  |  |
| Slidgigt |  |  |  |  |  |  |
| Leddegigt |  |  |  |  |  |  |
| Knogleskørhed (osteoporose) |  |  |  |  |  |  |
| Kræft |  |  |  |  |  |  |
| Migræne eller hyppig hovedpine |  |  |  |  |  |  |
| Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet mindre end 6 måneder |  |  |  |  |  |  |
| Psykisk lidelse af mere end 6 månedersvarighed |  |  |  |  |  |  |
| Diskusprolaps eller andre rygsygdomme |  |  |  |  |  |  |
| Grå stær |  |  |  |  |  |  |
| Tinnitus (hyletone, susen for ørerne) |  |  |  |  |  |  |

## For hver af de følgende psykiske lidelser bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt mindst ét X i hver linje)* | Nej, det har jeg aldrig haft | Ja, det har jeg nu | Ja, det har jeg haft tidligere |  | Hvis du har haft det tidligere: Har du stadig eftervirkninger? | |
| Ja | Nej |
| Angstlidelse (f.eks. socialfobi, panikangst, generaliseret angst eller OCD) |  |  |  |  |  |  |
| Depression |  |  |  |  |  |  |

**Rygning**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)? | | |
|  | *(Kun ét X)* |  |
| Ja, hver dag |  |  |
| Ja, mindst én gang om ugen |  | Gå til spørgsmål 15 |
| Ja, sjældnere end hver uge |  | Gå til spørgsmål 15 |
| Nej, jeg er holdt op |  | Gå til spørgsmål 17 |
| Nej, jeg har aldrig røget |  | Gå til spørgsmål 17 |

## Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

*(Skriv antal)*

|  |  |
| --- | --- |
| Antal cigaretter |  |
| Antal cerutter |  |
| Antal cigarer |  |
| Antal pibestop |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vil du gerne holde op med at ryge? | |  |
|  | *(Kun ét X)* |  |
| Nej |  | Gå til spørgsmål 17 |
| Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår |  |  |
| Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 6 måneder |  |  |
| Ja, jeg planlægger rygeophør inden for 1 måned |  |  |

## Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det

**(f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ja |  |  |
| Nej |  |  |

## Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Over 5 timer om dagen |  |
| 1 – 5 timer om dagen |  |
| ½ - 1 time om dagen |  |
| Mindre end ½ time om dagen |  |
| 0 timer |  |

**E-cigaretter**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)? | | |
|  | *(Kun ét X)* |  |
| Ja, hver dag |  |  |
| Ja, mindst én gang om ugen |  |  |
| Ja, sjældnere end hver uge |  |  |
| Nej, men jeg har brugt dem tidligere |  |  |
| Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange) |  |  |
| Nej, jeg har aldrig brugt dem |  |  |

**Alkohol**

## 19. Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja |  |  |
| Nej |  | Gå til spørgsmål 29 |

## Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Nej |  |

## Er der nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har ”brokket” sig over, at du drikker for meget?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Nej |  |

## Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Nej |  |

## Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at ”berolige nerverne” eller blive ”tømmermændene” kvit?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Nej |  |

## Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

*(Kun ét X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 0-1 dag | 2 dage | 3 dage | 4 dage | 5 dage | 6 dage | 7 dage |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja |  | Nej |  |

## Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Start med mandag og tag en dag ad gangen (udfyld alle felter, også selv om svaret er 0).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Antal genstande | | | 1 almindelig øl  1 glas rød-/hvidvin  1 glas hedvin  1 drink/cocktail  1 snaps/shot  1 alkoholsodavand  1 alkoholcider |  |
|  | Øl eller  alkoholcider | Vin eller  hedvin | Spiritus eller  alkoholsodavand | 1 genstand =  1 flaske rød-/hvidvin = 6 genstande  1 flaske hedvin = 10 genstande  1 flaske spiritus = 20 genstande |
| Mandag |  |  |  |
| Tirsdag |  |  |  |
| Onsdag |  |  |  |
| Torsdag |  |  |  |
| Fredag |  |  |  |
| Lørdag |  |  |  |
| Søndag |  |  |  |

## Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Næsten dagligt eller dagligt |  |
| Ugentligt |  |
| Månedligt |  |
| Sjældent |  |
| Aldrig |  |

## Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?

*(Kun ét X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nej |  | Ved ikke |  |

**Kost**

Sæt X ved de svar, som passer bedst til dine kostvaner.

## Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Mere end 2 gange  om dagen | 1-2 gange  om dagen | | 4-6 gange om ugen | 1-3 gange om ugen | Sjældnere/  aldrig |
| Smør, Kærgården eller tilsvarende |  |  |  | |  |  |
| Minarine eller plantemargarine |  |  |  | |  |  |
| Fedt |  |  |  | |  |  |
| Spiser brød uden fedtstof på |  |  |  | |  |  |

## Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Mere end 2 gange  om dagen | 1-2 gange  om dagen | 4-6 gange om ugen | 1-3 gange om ugen | Sjældnere/  aldrig |
| Pålæg, kød |  |  |  |  |  |
| Fiskepålæg |  |  |  |  |  |
| Æg |  |  |  |  |  |
| Pålægssalater eller  mayonnaisesalater |  |  |  |  |  |

## Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Mere end 1 gang  om dagen | 5-7 gange  om ugen | 3-4 gange om ugen | 1-2 gange om ugen | Sjældnere/  aldrig |
| Kød (okse, kalv, svin  eller lam) |  |  |  |  |  |
| Fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and) |  |  |  |  |  |
| Fisk |  |  |  |  |  |
| Grøntsags- eller vegetarretter |  |  |  |  |  |

## Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Mere end 1 gang  om dagen | 5-7 gange  om ugen | 3-4 gange om ugen | 1-2 gange om ugen | Sjældnere/  aldrig |
| Blandet salat, råkost |  |  |  |  |  |
| Andre rå grøntsager |  |  |  |  |  |
| Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter) |  |  |  |  |  |

## Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen?

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Mere end 1 gang om dagen | 5-7 gange om ugen | | 3-4 gange om ugen | 1-2 gange om ugen | Sjældnere/ aldrig |
| Stegemargarine |  |  | |  |  |  |
| Plantemargarine |  |  | |  |  |  |
| Smør, Kærgården og lignende |  |  | |  |  |  |
| Fedt/palmin |  |  | |  |  |  |
| Olivenolie |  |  | |  |  |  |
| Majs-, solsikke- eller vindruekerneolie |  |  | |  |  |  |
| Rapsolie, madolie, salatolie |  |  | |  |  |  |
| Laver mad uden fedtstof |  |  | |  |  |  |
|  | | |  | | | |
| Hvis du ikke ved det, f.eks. fordi du får mad udefra, sæt X her | | | |  | | |

## Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

1 portion = 1 stk. eller 1 dl – medregn også frugtgrød og frugtmos

*(Kun ét X)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mere end 6 om dagen | 5-6  om dagen | | 3-4  om dagen | 1-2  om dagen |  | 5-6  om ugen | 3-4  om ugen | 1-2  om ugen | Ingen |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |

## Vil du gerne spise mere sundt?

*(Kun ét X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nej |  | Ved ikke |  |

**Bevægelse i dagligdagen**

De følgende spørgsmål handler om, hvor fysisk aktiv du er i **din fritid og ved transport** (inkl. transport til og fra arbejde/skole/uddannelse).

## På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |  |  |
| Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter) |  |  | Moderat og hård fysisk aktivitet  kan f.eks. være rask gang, cykling som transport eller motion, tungt havearbejde, løb eller motionsidræt. |
| ½ til 1½ time (30-89 minutter) |  |
| 1½ til 2½ time (90-149 minutter) |  |
| 2½ til 5 timer (150-299 minutter) |  |
| 5 timer eller mere (300 minutter eller mere) |  |

## Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |  |  |
| Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter) |  |  | Hård fysisk aktivitet  kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil. |
| ½ til 1 time (30-59 minutter) |  |
| 1 til 1½ time (60-89 minutter) |  |
| 1½ til 2½ time (90-149 minutter) |  |
| 2½ time eller mere (150 minutter eller mere) |  |

## Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen |  |
| Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen |  |
| Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen  (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) |  |
| Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse |  |

## Vil du gerne være mere fysisk aktiv?

*(Kun ét X)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nej |  | Ved ikke |  |

**Højde og vægt**

|  |  |
| --- | --- |
| Hvor høj er du (uden sko)? | |
| *Skriv højde* | cm (f.eks. 172 cm) |

|  |  |
| --- | --- |
| Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)? | |
| *Skriv vægt* | kg |

## Hvordan vurderer du selv din vægt?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Alt for lav |  |
| Lidt for lav |  |
| Tilpas |  |
| Lidt for høj |  |
| Alt for høj |  |

## Vil du gerne tabe dig?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Ja, i høj grad |  |
| Ja, i nogen grad |  |
| Nej |  |
| Ved ikke |  |

**Kontakt med sundhedsvæsenet**

## Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ja |  |  |
| Nej |  | Gå til spørgsmål 46 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til: | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Ja | Nej | Kan ikke huske/  ved ikke |
| At holde op med at ryge |  |  |  |
| At tabe dig |  |  |  |
| At tage på i vægt |  |  |  |
| At dyrke motion |  |  |  |
| At nedsætte dit alkoholforbrug |  |  |  |
| At ændre dine kostvaner |  |  |  |
| At tage den med ro |  |  |  |

**Kontakt med andre mennesker**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte? Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald m.v.) | | | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Dagligt  eller næsten  dagligt | 1 eller 2 gange om ugen | 1 eller 2 gange om måneden | Sjældnere end 1 gang om måneden | Aldrig |
| Familie, som du ikke bor sammen med |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Ægtefælle/kæreste |  |  |  |  |  |
| Venner |  |  |  |  |  |
| Kolleger, skole- eller studiekammerater i fritiden |  |  |  |  |  |
| Naboer eller andre personer i dit lokalområde |  |  |  |  |  |
| Bekendte i foreninger, klubber osv. |  |  |  |  |  |
| Andre bekendte |  |  |  |  |  |

## 

## Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Ja, ofte |  |
| Ja, en gang imellem |  |
| Ja, men sjældent |  |
| Nej |  |

## Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

|  |  |
| --- | --- |
|  | *(Kun ét X)* |
| Ja, altid |  |
| Ja, for det meste |  |
| Ja, nogen gange |  |
| Nej, aldrig eller næsten aldrig |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| De følgende spørgsmål handler om, hvordan man nogle gange har det   **Angiv** | | | |
| *(Sæt ét X i hver linje)* | Sjældent | En gang imellem | Ofte |
| Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre? |  |  |  |
| Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med? |  |  |  |
| Hvor ofte føler du dig udenfor? |  |  |  |

**Personlige forhold**

## 

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **50. Hvad er dit køn?** | | |  | **51. Hvornår er du født**? | | |
| Mand | Kvinde | Andet |  | Dag | Måned | År |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Bor du sammen med andre?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *(Sæt ét X i hver linje)* |  | Ja |  | Nej |
| Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste |  |  |  |  |
| Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år |  |  |  |  |
| Jeg bor sammen med andre på 16 år eller derover |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hvilken skoleuddannelse har du? | | | | |
|  |  | *(Kun ét X)* | | |
| Går stadig i skole |  |  | | |
| 7 eller færre års skolegang |  |  | | |
| 8-9 års skolegang |  |  | | |
| 10-11 års skolegang |  |  | | |
| Studenter-, HF-eksamen (inkl. HHX, HTX) |  |  | | |
| Andet (herunder udenlandsk skole) |  |  | | |
| Har du fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse? | | | |
|  | | | *(Kun ét X)* |
| Nej | | |  |
| Et eller flere kortere kurser  (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.) | | |  |
| Erhvervsfaglig uddannelse/faglært  (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, lægesekretær,  social- og sundhedshjælper/assistent, landmand) | | |  |
| Kort videregående uddannelse, 2-3 år  (f.eks. markedsøkonom, politibetjent, laborant, maskintekniker,   datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer) | | |  |
| Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år  (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør,  sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor) | | |  |
| Lang videregående uddannelse, mere end 4 år  (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog) | | |  |
| Anden uddannelse | | |  |

## Er du under uddannelse?

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ja |  |
| Nej |  |

## Er du i arbejde?

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ja |  |
| Nej |  |