

Sätt kryss i de svarsrutor du tycker stämmer bäst.

Namn

Personnummer

Datum

## Hälsa och välbefinnande

### Hur ofta upplever du:

Lugn/Harmoni  Aldrig/nästan aldrig  Sällan  Då och då  Ofta  Alltid/nästan alltid  
Glädje/Lycka  Aldrig/nästan aldrig  Sällan  Då och då  Ofta  Alltid/nästan alltid

Stress/Press  Alltid/nästan alltid  Ofta  Då och då  Sällan  Aldrig/nästan aldrig  
Trötthet/Utmattning  Alltid/nästan alltid  Ofta  Då och då  Sällan  Aldrig/nästan aldrig  
Nedstämdhet/Oro  Alltid/nästan alltid  Ofta  Då och då  Sällan  Aldrig/nästan aldrig  
Ensamhet  Alltid/nästan alltid  Ofta  Då och då  Sällan  Aldrig/nästan aldrig

### Hur upplever du din:

	Mycket otillfredsställande	Ganska otillfredsställande	Varken eller	Ganska tillfredsställande	Mycket tillfredsställande
Kroppsliga hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiska hälsa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Totala livssituation? (Psykiskt, fysiskt, socialt, ekonomiskt etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Upplever du att du kan påverka din livssituation?

Nej, inte alls  Nej, knappast  Ja, något  Ja, definitivt

## Levnadsvanor

**Mat** Hur bedömer du dina matvanor?  Mycket dåliga  Dåliga  Varken bra eller dåliga  Bra  Mycket bra  
Avser innehåll, mängd och regelbundenhet

**Fysisk aktivitet** Hur fysiskt aktiv är du på fritiden?  Helt fysisk inaktiv p.g.a. din skada/sjukdom  Rör dig (går, kör rullstol etc.) mindre än 2 tim/v  Lätt motion minst 2 tim/v  Måttligt motion minst 30 min/g 1–2 ggr/v  Ansträngande motion/träning minst 30 min/g 3 ggr/v

Om du motionerar eller tränar regelbundet, vilka är dina aktiviteter?  Styrketräning  Workout/Gympa  Jogging  Arm-/Bencykling  
 Bassängträning  Ridning  Stavgång/gång  Rullstolskörning  
 Simning

Annat: .....

**Sömn** När går du vanligen och lägger dig?  Tidigare än 22.00  Mellan 22.00–23.00  Mellan 23.00–24.00  Mellan 24.00–01.00  Senare än 01.00

Hur många timmar/natt sover du vanligen?  5 tim eller färre  ca 6 tim  ca 7 tim  ca 8 tim  ca 9 tim eller fler

Total upplevelse av din sömn  Mycket dålig  Ganska dålig  Varken bra eller dålig  Ganska bra  Mycket bra

<b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Med ett "glas" menas 45 cl folköl, 33 cl starköl, 1 glas rött/vitt vin, 1 litet glas starkvin, 4cl sprit, t ex whisky.	<b>Om "ja"</b> <input type="checkbox"/> 4 ggr/vecka eller mer <input type="checkbox"/> 2-3 ggr i veckan <input type="checkbox"/> 2-4 ggr i månaden <input type="checkbox"/> 1 g i månaden eller mer sällan  <b>Hur många "glas" dricker du en typisk dag då du dricker alkohol?</b> <input type="checkbox"/> 10 eller fler <input type="checkbox"/> 7-9 glas <input type="checkbox"/> 5-6 glas <input type="checkbox"/> 3-4 glas <input type="checkbox"/> 1-2 glas
<b>Rökning</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Pipa eller annan tobak omräknas i cigaretter	<b>Om "ja"</b> <input type="checkbox"/> 21 cig/dag eller mer <input type="checkbox"/> 11-20 cig/dag <input type="checkbox"/> 1-10 cig/dag <input type="checkbox"/> Vid enstaka tillfällen/feströker
<b>Snus</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Om "ja"</b> <input type="checkbox"/> Minst 1 dosa/dag <input type="checkbox"/> 4-6 dosor/vecka <input type="checkbox"/> 2-3 dosor/vecka <input type="checkbox"/> Högst 1 dosa/vecka

### Nuvarande levnadsvanor

Är du nöjd med dina nuvarande levnadsvanor?  Ja  Både ja och nej  Nej

### Är det någon eller några av dina levnadsvanor som du vill förändra och förbättra?

<b>Mat och dryck</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Om "Ja" ange vad du vill förändra och varför</b> ..... ..... .....
<b>Motion/ fysisk aktivitet</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	..... ..... .....
<b>Tobaksvanor</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	..... ..... .....
<b>Alkohol</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	..... ..... .....
<b>Sovvanor</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	..... ..... .....
<b>Fritid</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	..... ..... .....
<b>Viktförändring</b> <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	<b>Om "Ja" ange antal kilo och berätta varför:</b> <input type="checkbox"/> Ned <input type="checkbox"/> Upp ..... .....

**Annat**    **Ange vad du vill förändra och varför:**  
 .....  
 .....