

Dato: _____ Navn: _____ Fødselsår: _____

Kvinne Mann

Henvist av: _____ Tatt kontakt selv

Behov for tolk? Ja Nei På hvilket språk? _____

1. Har du brukt frisklivssentralens tilbud tidligere?

Ja Antall oppfølgingsperioder: _____ Nei

Hvis ja, når avsluttet du din siste oppfølgingsperiode (oppgi i tall)? Måned: ____ År: 20____

2. Årsaker til deltakelse på frisklivssentralen (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig):

Overvekt Fysisk inaktivitet Kostholdsendring Muskel-/skjelettplager Psykiske plager
 Ensomhet Søvnvansker Snus- og røykeslutt Alkoholvaner

3. Har du andre plager eller sykdommer (kryss av det som passer for deg, flere kryss mulig)?

Muskel/skjelettlidelse Psykisk lidelse Diabetes Høyt blodtrykk Hjerte-/karsykdommer
 Lungesykdom Kreftsykdom Annet (hva?) _____

4. Bruker du noen reseptbelagte medisiner nå?

Nei Ja Hvis ja, for hva? _____

NEDENFOR FØLGER SPØRSMÅL OM ULIKE LEVEVANER

FYSISK AKTIVITET/MOSJON

5. Hvor ofte driver du mosjon? Med «mosjon» mener vi at du f.eks. går tur, går på ski, svømmer, danser eller driver trening/idrett. Ta et gjennomsnitt.

Aldri Sjeldnere enn én gang i uka En gang i uka 2-3 ganger i uka Omtrent hver dag

6. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor hardt mosjonerer du?

Ta et gjennomsnitt.

Tar det rolig uten å bli andpusten og svett Tar det så hardt at jeg blir andpusten og svett Tar meg nesten helt ut

7. Dersom du driver slik mosjon så ofte som én eller flere ganger i uka: Hvor lenge holder du på hver gang?

Ta et gjennomsnitt.

Mindre enn 15 minutter 15-29 minutter 30 min. – 1 time Mer enn 1 time

8. Har du vanligvis minst 30 minutter fysisk aktivitet daglig på arbeid og/eller i fritida?

Ja Nei

9. Omtrent hvor mange timer sitter du i ro på en vanlig hverdag? Regn med både arbeid og fritid.

Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

10. Omtrent hvor mye mosjon får du gjennom daglige gjøremål? (Hverdagsaktivitet som for eksempel å gå trapper, hus- og hagearbeid, lek med barn, handling etc.) Avrund til nærmeste antall hele timer.

Antall timer: _____

11. Hvilke aktiviteter liker du eller kunne du tenke deg å drive med?

12. Hvor viktig er det for deg å være fysisk aktiv?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

13. Dersom du ønsker endring i aktivitetsnivået ditt: Hvor stor tro har du på at du kan bli mer fysisk aktiv og komme i bedre form?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

KOSTHOLD

14. Måltidsrytme

Omtrent når spiser du vanligvis hovedmåltider? Sett ett kryss for hvert hovedmåltid. Med «hovedmåltid» mener vi mat og drikke som gir deg energi og protein og andre næringsstoffer i samme måltid (som f. eks. brød med pålegg eller melk og korn).

Ca. kl.

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Omtrent når spiser du vanligvis mellommåltider? Sett ett kryss for hvert mellommåltid. Inntak av snacks (godteri og/eller frukt/grønnsaker) defineres ikke som et hovedmåltid, men som et «mellommåltid».

Ca. kl.

- 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12
 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24






15. Hvor mye drikker du vanligvis av følgende per dag? (1 glass = 1,5 dl)

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 glass	1 - 3 glass	4 - 6 glass	Mer enn 6 glass
Vann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Helmelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lett, ekstra lett, skummet melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunstig søtet drikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Hvor ofte spiser du følgende matvarer i løpet av en uke?

	Aldri/sjelden	Mindre enn 1 gang pr. uke	1 - 3 ganger pr. uke	4 - 6 ganger pr. uke	1 gang pr. dag	2 ganger eller flere pr. dag
Grønnsaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frukt og bær	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/ rundstykke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grovbrød/ knekkebrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snacks/kaker/ godteri/søt kjeks	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tran/omega 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hvor stor del av et vanlig middagsmåltid inneholder grønnsaker?

- Bruker ikke grønnsaker
 Mindre enn 1/3 
 Omtrent 1/2 
 Mindre enn 1/4 
 Omtrent 1/3 
 Mer enn 1/2 

18. Hvor viktig er det for deg å spise sunt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

19. Dersom du ønsker endring i kostholdet ditt: Hvor stor tro har du på at du kan få et sunnere kosthold?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TOBAKK**20. Røyker du?**

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei, har aldri røykt
 Nei, har sluttet

21. Bruker du snus?

- Ja, daglig
 Ja, av og til
 Nei, har aldri brukt snus
 Nei, har sluttet

22. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

Hvor viktig er det for deg å være røykfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Hvor viktig er det for deg å være snusfri?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

23. Svar på det/de spørsmålene som passer og kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan slutte å røyke?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan slutte å snuse?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

SØVN

24. Har du ofte (dvs. mer enn 3 ganger i uken) problemer med å sovne om kvelden, våkne for tidlig eller sove urolig i løpet av natta?

Ja Nei

25. Hvis ja: Opplever du at dette påvirker hvordan du fungerer i hverdagen?

Ja Nei

ALKOHOL

26. Hvor ofte drikker du alkohol?

Aldri Månedlig eller sjeldnere 2-4 ganger i måneden
 2-3 ganger i uka 4-6 ganger i uka Daglig

27. Hvor mange glass (alkoholenheter) drikker du på en typisk dag når du drikker alkohol?

Antall glass (alkoholenheter): _____

Én alkoholenhet er:



eller



eller



eller



33 cl øl/rusbrus

12-15 cl vin

8 cl hetvin

4 cl brennevin

28. Hvor viktig er det for deg å ha et alkoholforbruk som ikke går utover helsen din?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er overhodet ikke viktig og 10 er svært viktig.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

29. Dersom du ønsker endring: Hvor stor tro har du på at du kan redusere alkoholforbruket ditt?

Kryss av fra 1 til 10. 1 er ingen tro og 10 er svært stor tro.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

HØYDE, VEKT OG MIDJE

30.

Høyde: _____ cm Vekt: _____ kg Midje: _____ cm (hvis aktuelt: måles av veileder ved frisklivssentralen)

SOSIAL STØTTE

31. Har du venner/familie som kan gi deg hjelp når du trenger det?

Ja Nei

32. Har du venner/familie som du kan snakke trygt og fortrolig med?

Ja Nei






FUNKSJONSMÅLING (COOP/WONCA)

33. For å kunne følge din generelle helsetilstand, trenger vi å vite hvordan du har det. Vi ber deg derfor svare på spørsmålene A til F nedenfor. Sett kryss til høyre for tegningen som beskriver din nåværende situasjon.

A. FYSYSK FORM

De siste 2 uker:






Hva var den tyngste fysiske belastningen du greide/
kunne greid i minst to minutter?

MEGET TUNGT (f.eks.) Løpe fort		1 <input type="checkbox"/>
TUNGT (f.eks.) Jogge i rolig tempo		2 <input type="checkbox"/>
MODERAT (f.eks.) Gå i raskt tempo		3 <input type="checkbox"/>
LETT (f.eks.) Gå i vanlig tempo		4 <input type="checkbox"/>
MEGET LETT (f.eks.) Gå sakte – eller kan ikke gå		5 <input type="checkbox"/>

B. FØLELSESMESSIG PROBLEM

De siste 2 uker:






Hvor mye har du vært plaget av psykiske problemer
som indre uro, angst, nedforhet eller irritabilitet?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del		4 <input type="checkbox"/>
Svært mye		5 <input type="checkbox"/>

C. DAGLIGE AKTIVITETER

De siste 2 uker:






Har du hatt vansker med å utføre vanlige gjøremål eller oppgaver enten innendørs eller utendørs, p.g.a. din fysiske eller psykiske helse?

Ikke vansker i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare lette vansker		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
En god del vansker		4 <input type="checkbox"/>
Har ikke greid noe		5 <input type="checkbox"/>

D. SOSIALE AKTIVITETER





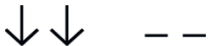
De siste 2 uker:

Har din fysiske eller psykiske helse begrenset dine sosiale aktiviteter og kontakt med familie, venner, naboer eller andre?

Ikke i det hele tatt		1 <input type="checkbox"/>
Bare litt		2 <input type="checkbox"/>
Til en viss grad		3 <input type="checkbox"/>
Ganske mye		4 <input type="checkbox"/>
I svært stor grad		5 <input type="checkbox"/>

E. BEDRE ELLER DÅRLIGERE HELSE






Hvorledes vil du bedømme helsen din i dag, fysisk og psykisk, sammenlignet med for 2 uker siden?

Mye bedre		1 <input type="checkbox"/>
Litt bedre		2 <input type="checkbox"/>
Omtrent uforandret		3 <input type="checkbox"/>
Litt verre		4 <input type="checkbox"/>
Mye verre		5 <input type="checkbox"/>

F. SAMLET HELSETILSTAND

De siste 2 uker:

Hvorledes vil du vurdere din egen helse, fysisk og psykisk i allminnlighet?

Svært god		1 <input type="checkbox"/>
God		2 <input type="checkbox"/>
Verken god eller dårlig		3 <input type="checkbox"/>
Dårlig		4 <input type="checkbox"/>
Meget dårlig		5 <input type="checkbox"/>

MÅL OG PLANER

34. Hva er ditt/dine mål med å delta på frisklivssentralen?

35. Hva skal til for at du når målene dine?

BAKGRUNNSOPPLYSNINGER

36. Hva er din høyeste fullførte utdanning?

- Ikke fullført grunnskole Grunnskole Videregående skole
 Høgskole eller universitet, inntil 3 år Høgskole eller universitet, mer enn 3 år

37. Hva er din arbeidsstatus i dag?

- I jobb/yrkesaktiv _____% Sykemeldt _____%
 NAV-stønad _____% type stønad: _____
 Pensjonist _____% Student/skoleelev _____%
 Annet (spesifiser) _____

TILLEGGSOPPLYSNINGER

38. Plass for tilleggsopplysninger/kommentarer:
