

KVINNER OG KREFT

Hvis du samtykker i å være med, sett kryss for JA i ruten ved siden av. Dersom du ikke ønsker å delta kan du unngå puring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt. Vi ber deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig.

Skjemaet skal leses optisk. Vennligst bruk blå eller sort penn. Du kan ikke bruke komma, forhøy 0,5 til 1. Bruk blokkbokstaver.

Med vennlig hilsen
Eiliv Lund
Professor dr. med

KONFIDENSIELT

Jeg samtykker i å delta i JA
spørreskjemaundersøkelsen NEI

Menstruasjon og overgangsalder

Har du regelmessig menstruasjon fremdeles?

- Ja +
- Har uregelmessig menstruasjon
- Vet ikke (menstruasjon uteblitt pga. sykdom o.l.)
- Vet ikke (braker hormonpreparat med østrogen)
- Nei +

Hvis Nei;

- har den stoppet av seg selv?
- har du operert vekk eggstokkene?
- har du operert vekk livmoren?
- annet?

Alder da menstruasjonen opphørte

Har du eller har du hatt smerter eller ømhet i brystene av minst fem dagers varighet før menstruasjonen? Ja Nei

Hvis Ja; i begge brystene? Ja Nei
er/var smerten eller ømheden mindre under og etter menstruasjonen? Ja Nei
forstyrret plagene ditt sosiale liv, yrkesaktivitet eller privatlivet? Ja Nei

Hvor mange år har du hatt slike plager?

Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogentabletter/plaster? Ja Nei

Hvis Ja; hvor mange år har du brukt østrogentabletter/plaster i alt?

Hvor gammel var du første gang du brukte østrogentabletter/plaster?

Bruker du tabletter/plaster nå? Ja Nei +

Utfyllende spørsmål til alle som har brukt preparater med østrogen i form av tabletter eller plaster fra 2002 og frem til i dag

Har du svart «ja», ber vi deg utdype dette nærmere ved å svare på spørsmålene nedenfor. For hver periode med sammenhengende bruk av samme hormonpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme hormonpreparatet og navnet på dette. Dersom du har hatt opphold eller skiftet merke skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på hormonpreparatet, sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på hormonpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyre som viser bilder av hormonpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på hormontabletten/-plasteret som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme hormontablett/plaster/sammenhengende fra 2002		Navn på hormontablett/plaster (se brosjyre)
		antall år	antall mnd. nr.	
1.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	_____
2.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	_____
3.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	_____
4.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	_____
5.	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	_____

Har du eller har du hatt smerter eller ømhet i brystene ved hormonbehandling av plager i overgangsalderen? Ja Nei

Hvis Ja;

er/var smerten eller ømheden i begge bryst? Ja Nei
forsvinner/forsvann plagene ved stopp av hormonbehandlingen? Ja Nei
forstyrrer/forstyrret plagene ditt sosiale liv, yrkesaktivitet eller privatlivet? Ja Nei

Byttet du legemiddel? Ja Nei
Hvis Ja, ble du bedre? Ja Nei +

Østrogenpreparat til lokal bruk i skjedden

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille? Ja Nei

Hvis Ja; bruker du krem/stikkpille nå? Ja Nei

Alternativer til hormonbehandling mot plager i overgangsalderen

Har du noen gang brukt alternativer til hormonbehandling mot plager i overgangsalderen? Ja Nei

Hvis Ja; har du brukt noen av følgende:

Soyatilskudd Ja Nei

+ Preparatnavn _____

Andre tilskudd for overgangsplager Ja Nei

Preparatnavn _____

Andre legemidler enn hormoner Ja Nei

Preparatnavn _____

Akupunktur Ja Nei

Homøopati Ja Nei

Avspenningsteknikk/trening Ja Nei

Andre alternativer, spesifiser: Ja Nei

Sykdom

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer? (sett ett eller flere kryss)

	Ja	Nei	Hvis ja: Alder ved start
Kreft.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Høyt blodtrykk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjerteinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Slag.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppsøkt lege).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose/lavt stoffskifte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Hvis ja på sukkersyke, hvilken type: +

Type 1 Aldersdiabetes Svangerskap

Behandles du i dag med (sett ett eller flere kryss):

Insulin Legemidler Kost

For følgende tilstander ber vi deg krysse av for hvilket år tilstanden oppsto første gang

	før	03	04	05	06	07	08	09	10
Muskelsmerter (myalgi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgi/Fibrositt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronisk tretthetssyndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggmerter ukjent årsak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nakkeslengskade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose (benskjørhet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brudd

Underarmen (håndledd).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lårhalsen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryggvirvel (kompresjon).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selvopplevd helse

Oppfatter du din egen helse som? (Sett ett kryss)

Meget god God Dårlig Meget dårlig

Andre legemidler

Bruker du noen av disse legemidlene daglig nå?

Fontex, Fluoxetin.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Cipramil, Citalopram, Desital.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Seroxat, Paroxetin.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Zoloft, Sertralin.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Fevarin.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Cipralext, Escitalopram.....	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt dette legemidlet sammenhengende? Måneder År

Har du benyttet noen av disse legemidlene tidligere? Ja Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt dette legemidlet sammenhengende? År

Høyde og vekt

Hvor høy er du i dag? (i hele cm)

Hvor mye veier du i dag? (i hele kg)

Hvor mye veide du da du var 18 år? (i hele kg)

Brystkreft i nærmeste familie

Har noen nære slektninger hatt brystkreft?

	Ja	Nei	Vet ikke	Alder ved start
Datter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Mor.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Søster.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Røykevaner

Har du i løpet av livet røykt mer enn 100 sigaretter til sammen? Ja Nei

+ Hvis Ja, ber vi deg fylle ut for perioden 2002–2010 hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røykte pr. dag.

	Antall sigaretter pr. dag						
	0	1–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25+
2002–2010	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor gammel var du da du tok din første sigarett?

Røyker du daglig nå? Ja Nei

Hvis Nei, hvor gammel var du da du sluttet?

Røyker du av og til nå? Ja Nei

Røykte noen av dine foreldre da du var barn? Ja Nei

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røykte de til sammen pr. dag? (Antall)

Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye ved 14 års alder, ved 50 års alder og i dag. Skalaen nedenfor går fra 1–10. Med fysisk aktivitet mener vi både arbeid i hjemmet og i yrkeslivet samt trening og annen fysisk aktivitet som turgåing ol.

Alder	Svært lite					Svært mye				
14 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I dag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vi er interessert i informasjon om ulike former for fysisk aktivitet i dagliglivet. Spørsmålene gjelder tiden du har brukt på fysisk aktivitet de siste 7 dagene. Vennligst svar på alle spørsmålene uansett hvor fysisk aktiv du er. Tenk på aktiviteter du gjør på jobb, som en del av hus- og hagearbeid, for å komme deg fra et sted til et annet og aktiviteter på fritiden (rekreasjon, mosjon og sport).

Tenk på alle svært anstrengende aktiviteter du har drevet med de siste 7 dagene. Svært anstrengende aktivitet er aktivitet som krever hard innsats og får deg til å puste mye mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk.

1. Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dager har du drevet med meget anstrengende aktivitet som tunge løft, gravearbeid, aerobics, løp eller rask sykling?

Dager i uken

+ Ingen meget anstrengende aktivitet *Gå til spørsmål 3*

2. Hvor lang tid brukte du vanligvis på svært anstrengende aktivitet en av disse dagene? timer pr. dag minutter pr. dag Vet ikke

Tenk på all middels anstrengende aktivitet du har drevet med de siste 7 dagene. Middels anstrengende aktivitet er aktivitet som krever moderat innsats og får deg til å puste litt mer enn vanlig. Ta bare med aktiviteter som varer minst 10 minutter i strekk.

3. Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dagene har du drevet med middels anstrengende fysisk aktivitet som å bære lette ting, jogge eller sykle i moderat tempo? Ikke ta med gange.

Dager i uken

Ingen *Gå til spørsmål 5*

4. Hvor lang tid brukte du vanligvis på middels anstrengende fysisk aktivitet på en av disse dagene? timer pr. dag minutter pr. dag Vet ikke

Tenk på tiden du har brukt på å gå de siste 7 dagene. Dette inkluderer gange på jobb og hjemme, gange fra ett sted til et annet eller gange som du gjør på tur eller som trening på fritiden.

5. Hvor mange dager i løpet av de siste 7 dagene gikk du i minst 10 minutter i strekk?

Dager i uken

Ingen *Gå til spørsmål 7*

6. Hvor lang tid brukte du vanligvis på å gå en av disse dagene? timer pr. dag minutter pr. dag Vet ikke

Tenk på all tid du har tilbrakt sittende på ukedagene i løpet av de siste 7 dagene. Inkluder tid du har brukt på å sitte på jobb, hjemme, på kurs og på fritiden. Dette kan tilsvare tiden du sitter ved et arbeidsbord, hos venner, mens du leser eller sitter eller ligger for å se på TV.

7. Hvor lang tid brukte du på å sitte en vanlig hverdag i løpet av de siste 7 dagene? timer pr. dag minutter pr. dag Vet ikke

Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi? Ja Nei

Hvis Ja, hvor gammel var du? (hele år) første gang siste gang

Hvor mange ganger har du vært undersøkt?

-etter invitasjon fra Mammografiprogrammet...

-etter henvisning fra lege...

-uten henvisning fra lege...

Kosthold

Vi er interessert i å få kjennskap til hvordan kostholdet ditt er vanligvis. Kryss av for hvert spørsmål om hvor ofte du i gjennomsnitt siste året har brukt den aktuelle matvaren, og hvor mye du pleier å spise/drikke hver gang.

Drikke

Hvor mange glass melk drikker du vanligvis av hver type? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+
Helmelk (søt, sur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettmelk (søt, sur).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekstra lettmelk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skummet (søt, sur)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange kopper kaffe/te drikker du vanligvis av hver sort? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr.dag	6-7 pr.dag	8+
Kokekaffe, presskanne..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktekaffe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Espresso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latte.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulverkaffe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svart te.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønn te.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du følgende i kaffe

Sukker (<i>ikke kunstig søtstoff</i>).....	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
Melk eller fløte.....	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei

Bruker du følgende i te

Sukker (<i>ikke kunstig søtstoff</i>).....	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei
Melk eller fløte.....	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nei

Hvor mange glass vann drikker du vanligvis?

(Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4-5 pr.dag	6-7 pr.dag	8+
Springvann/ flaskevann.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange glass juice, saft og brus

drikker du vanligvis? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+
Appelsinjuice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen juice.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus med sukker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saft/brus sukkerfri.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yoghurt/kornblanding

Hvor ofte spiser du yoghurt (1 beger)? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	Aldri/sjelden	<input type="checkbox"/>	1-3 pr. uke
<input type="checkbox"/>	4-6 pr. uke	<input type="checkbox"/>	1 + pr. dag

Hvor ofte spiser du kornblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	Aldri/sjelden	<input type="checkbox"/>	1-3 pr. uke
<input type="checkbox"/>	4-6 pr. uke	<input type="checkbox"/>	1 + pr. dag

Brødmat

Hvor mange skiver brød/rundstykker og knekkebrød/skonrokker spiser du vanligvis?

(½ rundstykke = 1 brødskive) (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1-4 pr. uke	5-7 pr. uke	2-3 pr. dag	4-5 pr. dag	6+
Grovt brød.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneipp/halvfint.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød/baguett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knekkebrød o.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nedenfor er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødskiver med det aktuelle pålegget du pleier å spise. Dersom du også bruker matvarene i andre sammenhenger enn til brød (f. eks. til vafler, frokostblandinger, grøt), ber vi om at du tar med dette når du besvarer spørsmålene.

På hvor mange brødskiver bruker du?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, helfet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brunost, halvfet/mager..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, helfet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitost, halvfet/mager...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rekesalat, italiensk o.l..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kjøttpålegg

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Leverpostei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magert (kokt skinke o.l.)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fett (salami, fenalår o.l.)..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

På hvor mange brødskiver pr. uke har du i

gjennomsnitt siste året spist? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaviar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild/Ansjos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks (<i>gravet/røkt</i>).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet fiskepålegg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du bruker fett på brødet, hvor tykt lag pleier du å smøre på? (En kuvertpakke med margarin veier 12 gram). (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	Skrapet (3 g)	<input type="checkbox"/>	Tynt lag (5 g)
<input type="checkbox"/>	Godt dekket (8 g)	<input type="checkbox"/>	Tykt lag (12 g)

Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?

(Sett gjerne flere kryss)

- Bruker ikke fett på brødet
- Smør
- Hard margarin (f. eks. Melange)
- Myk margarin (f. eks. Soft, Vita)
- Smørblandet margarin (f.eks. Bremyk)
- Brelett
- Lettmargarin (f. eks. Soft light, Vita Lett)
- Margarin med olivenolje (f. eks. Brelett oliven, Soft oliven)

Frukt og grønnsaker

Hvor ofte spiser du frukt? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Epler/pærer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appelsiner o.l.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bananer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen frukt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du potet (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-4 pr. mnd	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2 pr. dag	3 pr. dag	4 + pr. dag
Kokt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt, fritert, most...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du ulike typer grønnsaker?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2 pr. uke	3 pr. uke	4-5 pr. uke	6-7 pr. uke
Gulrøtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kålrot.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brokkoli/blomkål....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandet salat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsakblanding..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bønner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre grønnsaker...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For de grønnsakene du spiser, kryss av for hvor mye du spiser hver gang. (Sett ett kryss for hver sort)

Gulrøtter.....	<input type="checkbox"/> ½ stk	<input type="checkbox"/> 1 stk	<input type="checkbox"/> 1 ½ stk	<input type="checkbox"/> 2+ stk.
Kål.....	<input type="checkbox"/> ½ dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 1 ½ dl	<input type="checkbox"/> 2+ dl
Kålrot.....	<input type="checkbox"/> ½ dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 1 ½ dl	<input type="checkbox"/> 2+ dl
Brokkoli/blomkål....	<input type="checkbox"/> 1-2 buketter	<input type="checkbox"/> 3-4 buketter	<input type="checkbox"/> 5+ buketter	
Blandet salat.....	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 2 dl	<input type="checkbox"/> 3dl	<input type="checkbox"/> 4+ dl
Tomat.....	<input type="checkbox"/> 1/4 stk	<input type="checkbox"/> ½ stk	<input type="checkbox"/> 1 stk	<input type="checkbox"/> 2+ stk.
Grønnsakblanding..	<input type="checkbox"/> ½ dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 2 dl	<input type="checkbox"/> 3+ dl
Bønner.....	<input type="checkbox"/> 1-2 ss	<input type="checkbox"/> 3-4 ss	<input type="checkbox"/> 5-6 ss	<input type="checkbox"/> 7+ ss
Erter.....	<input type="checkbox"/> 1-2 ss	<input type="checkbox"/> 3-4 ss	<input type="checkbox"/> 5-6 ss	<input type="checkbox"/> 7+ ss

Ris, spaghetti, grøt, suppe

Hvor ofte bruker du ris og spaghetti/makaroni?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr. uke
Ris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spagetti, makaroni, nudler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du grøt? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-6 pr. uke	1+ pr. dag
Risengrynsgrøt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen grøt (havre o.l.)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du suppe? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr. uke
Som hovedrett.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Som forret, lunsj eller kveldsmat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fisk

Vi vil gjerne vite hvor ofte du pleier å spise fisk, og ber deg fylle ut spørsmålene om fiskeforbruk så godt du kan. Tilgangen på fisk kan variere gjennom året. Vær vennlig å markere i hvilke årstider du spiser de ulike fiskeslagene.

	aldri/ sjelden	like mye hele året	vinter	vår	sommer	høst
Torsk, sei, hyse, lyr..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steinbit, flyndre, uer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks, ørret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makrell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen fisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Med tanke på de periodene av året der du spiser fisk, hvor ofte pleier du å spise følgende til middag?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
<u>Kokt</u> torsk, sei, hyse, lyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Stekt</u> torsk, sei, hyse, lyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steinbit, flyndre, uer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laks, ørret.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makrell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sild.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen fisk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser fisk, hvor mye spiser du vanligvis pr. gang? (1 skive/stykke = 150 gram)

Kokt fisk (skive).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1,5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3+
Stekt fisk (stykke).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1,5	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3+

Hvor mange ganger pr. år spiser du fiskeinnmat?

(Sett ett kryss pr. linje)

	0	1-3	4-6	7-9	10+
Rogn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskelever.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser fiskelever, hvor mange spise-skjeer pleier du å spise hver gang? (Sett ett kryss)

1 2 3-4 5-6 7+

Hvor ofte bruker du følgende typer fiskemat?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2+ pr. uke
Fiskekaker/pudding/boller.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plukkfisk/fiskegrateng.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fritryfisk/fiskepinner.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre fiskeretter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor stor mengde pleier du vanligvis å spise av de ulike rettene? (Sett ett kryss for hver linje)

Fiskekaker/pudding/boller
(stk.) (2 fiskeboller=1 fiskekake)..... 1 2 3 4+

Plukkfisk, fiskegrateng (dl)..... 1-2 3-4 5+

Fritryfisk, fiskepinner (stk.)..... 1-2 3-4 5-6 7+

I tillegg til informasjon om fiskeforbruk er det viktig å få kartlagt hvilket tilbehør som blir servert til fisk. Hvor ofte bruker du følgende til fisk?

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2+ pr. uke
Smeltet/fast smør.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smeltet/fast margarin.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seterrømme (35%).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lettrømme (20%).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saus med fett (hvit/brun).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saus uten fett (hvit/brun).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For de ulike typene tilbehør du bruker til fisk, vær vennlig å kryss av for hvor mye du vanligvis pleier å spise.

Smeltet/fast smør (ss)..... 1/2 1 2 3 4+

Smeltet/fast margarin (ss)..... 1/2 1 2 3 4+

Seterrømme (ss)..... 1/2 1 2 3 4+

Lettrømme (ss)..... 1/2 1 2 3 4+

Saus med fett (dl)..... 1/4 1/2 3/4 1 2+

Saus uten fett (dl)..... 1/4 1/2 3/4 1 2+

Hvor ofte spiser du skalldyr (f. eks. reker, krabbe og skjell)? (Sett ett kryss)

Aldri/sjelden 1 pr. mnd

2-3 pr. mnd 1+ pr. uke

Når du spiser KOKT fisk, er den vanligvis (sett ett kryss) (fisken kan ha vært frossen først)

Røyskt Saltet

Bokna/tørka Fersk

Når du STEKER fisk til middag, bruker du da vanligvis å: (sett ett kryss)

Panere i mel

Panere i brødsuler/griljermel

Panere i egg og brødsuler/griljermel

Kjøper ferdig panert

Bruker bare krydder

Marinerer/kjøper ferdig marinert

Tilbehør til fisk

Vi ønsker å danne oss et bilde av hele fiskemåltidet, derfor ber vi deg krysse av for hvilket tilbehør du vanligvis bruker til fisk. Sett ett eller flere kryss for om du spiser tilbehøret rått, kokt eller stekt og om du bruker det til kokt eller stekt fisk.

	Til kokt fisk			Til stekt fisk		
	Rå	Kokt	Stekt	Rå	Kokt	Stekt
Gulrot.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kålrot.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brokkoli/blomkål.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blandet salat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grønnsakblanding.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paprika.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agurk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Løk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Purre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asparges.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aubergine.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvitløk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Potet.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ris.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacon/flesk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hva bruker du vanligvis å steke i når du steker fisk og/eller tilbehør til fisk: (sett ett kryss)

Steker uten fett Soyaolje

Smør Rapsolje

Fast margarin Olivenolje

Flytende margarin Solsikkeolje

Annen olje (spesifiser) _____

Kjøtt

Hvor ofte spiser du reinkjøtt?

Aldri/sjelden 1 pr. mnd. 2-3 pr. mnd.

1 pr. uke 2-3 pr. uke 4+ pr. uke

Hvor ofte spiser du følgende kjøtt- og fjærkreterter?

(Sett ett kryss for hver rett)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Steik (okse, svin, får).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koteletter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biff.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttkaker, karbonader.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pølser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gryterett, lapskaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pizza med kjøtt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kylling med skinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kylling uten skinn.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacon, flesk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kjøttretter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser følgende retter, oppgi mengden

du vanligvis spiser: (Sett ett kryss for hver linje)

Steik (skiver).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5+
Koteletter (stk.).....	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 1/2	<input type="checkbox"/> 2+	
Kjøttkaker, karbonader (stk.).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+	
Pølser (stk. à 150g).....	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1 1/2	<input type="checkbox"/> 2+	
Gryterett, lapskaus (dl).....	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5+	
Pizza m/kjøtt (stykke à 100 g).....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4+	

Hvilke sauser bruker du til kjøttretter og pastaretter?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Brun saus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sjysaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomatsaus.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saus med fløte/rømme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye bruker du vanligvis av disse sausene?

Brun saus (dl).....	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2+
Sjysaus (dl).....	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2+
Tomatsaus (dl).....	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2+
Saus med fløte/rømme (dl).....	<input type="checkbox"/> 1/4	<input type="checkbox"/> 1/2	<input type="checkbox"/> 3/4	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2+

Andre matvarer

Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en

uke? (stekte, kokte, eggerrøre, omelett) (Sett ett kryss)

0 1 2 3-4 5-6 7+

Hvor ofte spiser du iskrem? (til dessert, Krone-is osv.)

Sett ett kryss for hvor ofte du spiser iskrem om sommeren, og ett kryss for resten av året

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Om sommeren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resten av året.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye is spiser du vanligvis pr. gang?

(Sett ett kryss)

1 dl 2 dl 3 dl 4+ dl

Hvor ofte spiser du bakevarer som boller, kaker, wienerbrød eller småkaker

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1+ pr. dag
Gjærbakst (boller o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wienerbrød, kringle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pannekaker.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vafler.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Småkaker, kjeks.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lefser, lomper.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du dessert? (Sett ett kryss pr. linje)

aldri/
sjelden

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4+ pr. uke
Pudding sjokolade/karamell.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riskrem, fromasj.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompott, fruktgrøt, hermetisk frukt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jordbær (friske, frosne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre bær (friske, frosne).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte spiser du sjokolade? (Sett ett kryss)

aldri/
sjelden

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1+ pr. dag
Mørk sjokolade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lys sjokolade.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dersom du spiser sjokolade, hvor mye pleier du vanligvis å spise hver gang? Tenk deg størrelsen på en

Kvikk-Lunsj sjokolade, og oppgi hvor mye du spiser i forhold til den.

1/4 1/2 3/4 1 1 1/2 2+

Hvor ofte spiser du snacks? (Sett ett kryss)

aldri/
sjelden

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1+ pr. dag
Potetchips.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peanøtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre nøtter.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annen snacks.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tran og fiskeoljekapsler

Bruker du tran (flytende)?

Ja Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tran? Sett ett kryss for hver linje.

aldri/
sjelden

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
Om vinteren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resten av året.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mye tran pleier du å ta hver gang?

1 ts 1/2 ss 1+ss

Bruker du tranpiller/fiskeoljekapsler?

Ja Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tranpiller/fiskeoljekapsler?

Sett ett kryss for hver linje.

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
Om vinteren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resten av året.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvilken type tranpiller/fiskeoljekapsler bruker du vanligvis, og hvor mange pleier du å ta hver gang?

Navn: _____

Antall: 1 2 3+



Kosttilskudd

Bruker du kosttilskudd (vitaminer/mineraler)?

Ja Nei

Hvis ja, hvor ofte bruker du kosttilskudd?

(Sett ett kryss pr. linje)

Navn på kosttilskudd	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alkohol

Er du totalavholdskvinne?

Ja Nei

Hvis Nei; hvor ofte og hvor mye drakk du i gjennomsnitt siste året? (Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Øl (½ l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vin (glass).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennevin (drink)....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Likør/Hetvin (glass)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sosiale forhold

Hvor mange personer er det i ditt hushold?

1 2 3 4 5+

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

inntil 150.000 kr. 601.000-750.000 kr.
 151.000-300.000 kr. 751.000-900.000 kr.
 301.000-450.000 kr. over 900.000 kr.
 451.000-600.000 kr.



Solvaner

Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie eller blemmer med avflassing etterpå?

Årstall	Aldri	Høyst 1 g. pr. år	2-3 g. pr. år	4-5 g. pr. år	6 eller flere g. pr. år
2002-2010.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange uker i gjennomsnitt pr. år har du vært på badeferie 2002-2010?

Årstall	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	7 uker eller mer
I syden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Norge.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte har du solt deg i solarium?

Årstall	Aldri	Sjelden	1 g. pr. mnd.	2 g. pr. mnd.	3-4 g. pr. mnd.	Oftere enn 1 g. pr. mnd.
2002-2010.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte dusjer eller bader du?

mer enn 1 g. dagl. 1 g. dagl. 4-6 g. pr. uke 2-3 g. pr. uke 1 g. pr. uke 2-3 g. pr. mnd. sjelden/aldri

Med såpe/ shampo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uten såpe/ shampo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Når bruker du krem med solfaktor? (sett evt. flere kryss):

i påsken i Norge eller utenfor syden
 solferie i syden aldri

Hvilken solfaktor bruker du i disse periodene?

Faktor	Ingen	1-4	5-9	10-14	15-29	30+
Påsken.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I Norge eller utenfor syden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Solferie i syden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor ofte bruker du følgende hudpleiemidler?

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1 pr. dag	2+ pr. dag
Ansiktskrem..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håndkrem.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Body lotion....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parfyme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Til slutt vil vi spørre deg om ditt samtykke til å kontakte deg på nytt pr. post. Vi vil hente adressen fra det sentrale personregister.....

Er du villig til å avgi en blodprøve?..... Ja Nei

Takk for at du ville delta i undersøkelsen