

Trial ID: _____



Hälsoenkät

Svensk version för Sverige
(Swedish version for Sweden)

Trial ID: _____

Datum: _____

Kryssa under varje rubrik bara i EN ruta som bäst beskriver din hälsa IDAG.

RÖRLIGHET

- | | |
|---|--------------------------|
| Jag har inga svårigheter med att gå omkring | <input type="checkbox"/> |
| Jag har lite svårigheter med att gå omkring | <input type="checkbox"/> |
| Jag har måttliga svårigheter med att gå omkring | <input type="checkbox"/> |
| Jag har stora svårigheter med att gå omkring | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan inte gå omkring | <input type="checkbox"/> |

PERSONLIG VÅRD

- | | |
|---|--------------------------|
| Jag har inga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig | <input type="checkbox"/> |
| Jag har lite svårigheter med att tvätta mig eller klä mig | <input type="checkbox"/> |
| Jag har måttliga svårigheter med att tvätta mig eller klä mig | <input type="checkbox"/> |
| Jag har stora svårigheter med att tvätta mig eller klä mig | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan inte tvätta mig eller klä mig | <input type="checkbox"/> |

VANLIGA AKTIVITETER (t ex arbete, studier, hushållssysslor, familje- eller fritidsaktiviteter)

- | | |
|--|--------------------------|
| Jag har inga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| Jag har lite svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| Jag har måttliga svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| Jag har stora svårigheter med att utföra mina vanliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |
| Jag kan inte utföra mina vanliga aktiviteter | <input type="checkbox"/> |

SMÄRTOR/BESVÄR

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Jag har varken smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |
| Jag har lätta smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |
| Jag har måttliga smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |
| Jag har svåra smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |
| Jag har extrema smärtor eller besvär | <input type="checkbox"/> |

ORO/NEDSTÄMDHET

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Jag är varken orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> |
| Jag är lite orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> |
| Jag är ganska orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> |
| Jag är mycket orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> |
| Jag är extremt orolig eller nedstämd | <input type="checkbox"/> |

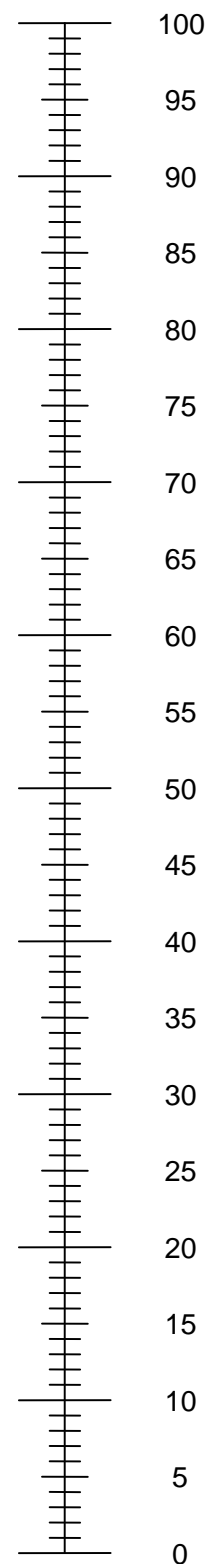
Trial ID: _____

Datum: _____

- Vi vill veta hur bra eller dålig din hälsa är IDAG.
- Den här skalan är numrerad från 0 till 100.
- 100 är den bästa hälsa du kan tänka dig.
0 är den sämsta hälsa du kan tänka dig.
- Sätt ett X på skalan för att visa hur din hälsa är IDAG.
- Skriv nu i rutan nedan det nummer du har markerat på skalan.

DIN HÄLSA IDAG =

Bästa hälsa du kan
tänka dig



Sämsta hälsa du
kan tänka dig