

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"/> |

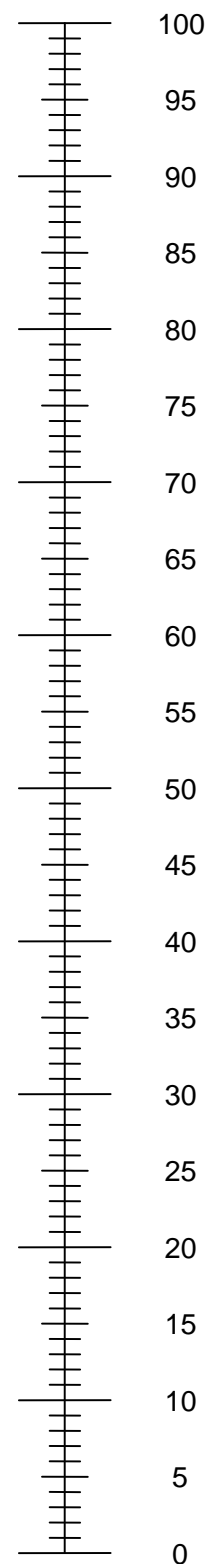
Trial ID: \_\_\_\_\_

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