

## Appendix I

Example of invitation letter  
from series 28 and 29,  
the EPIC sub-sample



## KVINNER OG KREFT

### Orientering om undersøkelsen

Du samtykket i 1991/92 til å fylle ut et fire sideres spørreskjema som du mottok i posten – «Kvinner, livsstil og helse»/«Kvinner og kreft». Spørreskjemaet tok opp en rekke forhold knyttet til ditt liv som barnefødsler, p-pille bruk, kosthold, røking og sosiale forhold. Formålet med undersøkelsen var å se om disse forhold har betydning for utvikling av kreft hos kvinner. Resultatene vil bli publisert i dagspressen og i internasjonale fagtidsskrifter. Ansvarlig for undersøkelsen er professor Eiliv Lund.

Vi retter nå en ny forespørsel til deg om du nok en gang vil besvare det vedlagte spørreskjema. Begrunnelsen for å kontakte deg på ny er at mange av de spørsmålene du besvarte sist gjaldt levevaner som vi vet endrer seg med alderen. De fleste spørsmålene vil dreie seg om årene siden siste utfylling.

Undersøkelsen er tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk i Nord-Norge. Adressen din henter vi fra det sentrale personregister ved hjelp av Statistisk Sentralbyrå. Som forrige gang inneholder spørreskjemaet kun løpenummer uten annen identifikasjon, for derved å gi dine opplysninger et bedre personvern.

Med noen års mellomrom frem til år 2018 vil vi sammenholde opplysningene som du har gitt i undersøkelsen med opplysninger fra Kreftregisteret og Dødsårsaksregisteret. Ved å studere materialet på nytt, håper vi å finne ut årsakene til at noen kvinner får kreft. Alle opplysningene fra spørreskjemaene og registrene vil bli behandlet konfidensielt og etter de regler Datatilsynet har gitt i sin tillatelse.

Det er frivillig om du vil være med i undersøkelsen. Du kan senere trekke deg uten begrunnelse og uten at det vil få noen konsekvenser for deg. Opplysninger du har gitt kan du be om å få slettet.

Vi vil be deg om å besvare det vedlagte spørreskjemaet så riktig som mulig. Dersom ingen av de oppgitte svaralternativ dekker din situasjon, sett kryss for det alternativet som ligger nærmest. Gi eventuelt merknader eller tilleggsopplysninger i skjemaet. Vi spør også alle som deltar om tillatelse til fornyet kontakt om noen år i form av et liknende spørreskjema.

I tillegg vil vi senere kontakte en del av deltakerne for å få tatt en blodprøve. Det vil skje hos nærmeste lege og være gratis. Enkelte kvinner vil også bli forespurt om å delta i et kostholdsintervju over telefon.

For spørsmål om p-pille bruk og bruk av hormoner i overgangsalderen finner du bilder i denne brosjyren som skal være et hjelpemiddel (brosjyren skal ikke returneres). Spørreskjemaet sendes tilbake i vedlagte konvolutt som vi betaler svarporto for.

Med hilsen

Eiliv Lund  
professor dr.med.

## Appendix II

Examples of questionnaires:  
Dietary part from series 19  
The Norwegian EPIC questionnaire - series 28  
Dietary part from series 32  
Dietary part from series 39

Dietary questions from series 19, the same as series 20, similar to series 22, 23 and 26

## 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 spise/drikke hver gang. Dersom du aldri/sjelden bruker matvaren, trenger du ikke krysse av for mengde.

**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+ pr. dag
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"/>
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 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+ pr. dag
Kokekaffe		<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"/>
Pulverkaffe		<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 yoghurt (1 beger)?** (Sett ett kryss)

- aldri/sjelden     1 pr. uke     2-3 pr. uke  
 4-6 pr. uke     daglig

**Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli?** (Sett ett kryss)

- aldri/hesten aldri     1-3 pr. uke     4-6 pr. uke     1 pr. dag

**Dersom du spiser kornblanding e. l., hvor stor porsjon pleier du vanligvis å spise hver gang?** (Sett ett kryss)

- mindre enn 1 dl     1 dl     1,5 dl     2+ dl

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

(1/2 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+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød	<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"/>

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye ved 14 og 30 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 o.l. Sett ring rundt det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite										Svært mye									
14 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Har du drevet konkurransedrett?     Ja     Nei

Hvis Ja, hvor mange år i alt?    ..... år

## Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)

- gift     samboer     skilt/separert     ugift     enke

Hvor mange personer er det i ditt hushold? Antall: .....

Hvor mange inntekter er det i husholdet? .....

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

- under 150 000 kr     151 000–300 000 kr  
 301 000–450 000 kr     451 000–600 000 kr  
 over 600 000 kr

Nedenfor er det spørsmål om bruk av ulike påleggstyper. Vi spør om hvor mange brødskeer 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 hensyn til dette når du besvarer spørsmålene.

**På hvor mange brødskeer bruker du?** (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg						
Brun ost, helfet						
Brun ost, halvfet/mager						
Hvit ost, helfet						
Hvit ost, halvfet/mager						
Kjøttpålegg, leverpostei						
Salater med majones						

Videre kommer spørsmål om fiskepålegg. **Å hvor mange brødskeer pr. uke har du i gjennomsnitt siste året spist?** (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7-9 pr. uke	10+ pr. uke
Makrell i tomat, røkt makrell						
Kaviar						
Annet fiskepålegg						

**Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?**

(Sett gjerne flere kryss)

- bruker ikke fett på brødet
- smør
- hard margarin (f. eks. Per, Melange)
- myk margarin (f. eks. Soft)
- smørblandet margarin (f. eks. Bremykt)
- Brelett
- lettmargin (f. eks. Soft light, Letta)

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

(Sett ett kryss)

- skrapet (3 g)  tynt lag (5 g)  godt dekket (8 g)
- tykt lag (12 g)

**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					
Spaghetti, makaroni					

**Hvor ofte spiser du risengrønsgrøt?** (Sett ett kryss)

- aldri/sjelden  1 pr. mnd  2-3 pr. mnd  1+ pr. uke

**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							
Appelsiner o.l.							
Bananer							
Annen frukt (f.eks. druer, fersken)							

**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							
Kål							
Kålrot							
Broccoli/blomkål							
Blandet salat							
Grønnsakblanding (frossen)							
Andre grønnsaker							

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

- gulrøtter  1/2 stk.  1 stk.  1 1/2 stk.  2+ stk.
- kål  1/2 dl  1 dl  1 1/2 dl  2+ dl
- kålrot  1/2 dl  1 dl  1 1/2 dl  2+ dl
- broccoli/blomkål  1-2 buketter  3-4 buketter  5+ buketter
- blandet salat  1 dl  2 dl  3 dl  4+ dl
- grønnsakblanding  1/2 dl  1 dl  2 dl  3+ dl

**Hvor mange poteter spiser du vanligvis (kokte, stekte, mos)?** (Sett ett kryss)

- spiser ikke/spiser sjelden poteter
- 1-4 pr. uke  5-6 pr. uke
- 1 pr. dag  2 pr. dag
- 3 pr. dag  4+ pr dag

**Hva slags fett blir vanligvis brukt til matlaging i din husholdning?** (Sett gjerne flere kryss)

- smør
- hard margarin (f. eks. Per, Melange)
- myk margarin (f. eks. Soft)
- smørblandet margarin (f. eks. Bremykt)
- soyaolje  olivenolje  maisolje

## 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						
Steinbit, flyndre, uer						
Laks, ørret						
Makrell						
Sild						

Med tanke på de periodene av året der du spiser fisk, hvor ofte pleier du å spise følgende? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr. uke
Kokt torsk, sei, hyse, lyr						
Stekt torsk, sei, hyse, lyr						
Steinbit, flyndre, uer						
Laks, ørret						
Makrell						
Sild						

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

(Sett ett kryss for hver linje)

- kokt fisk (skive)       1     1,5     2     3+
- stekt fisk (stykke)     1     1,5     2     3+

Hvor ofte bruker du fersk eller frossen fisk?

(Sett ett kryss for hver linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Fersk fisk					
Frossen filett					

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 spiseskjeer 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					
Plukkfisk, fiskegrateng					
Frityrfisk, fiskepinner					
Andre fiskeretter					

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

- fiskekaker/pudding/boller (stk.)     1     2     3     4+
- (2 fiskeboller=1 fiskekake)
- plukkfisk, fiskegrateng (dl)         1-2     3-4     5+
- frityrfisk, fiskepinner (stk.)         1-2     3-4     5-6     7+

Hvor ofte spiser du skaldyr (f. eks. reker, krabbe)?

(Sett ett kryss)

- | aldri/sjelden            | 1 pr. mnd                | 2-3 pr. mnd              | 1+ pr. uke               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I tillegg til informasjon om fiskeforbruk er det viktig å få kartlagt hvilket tilbehør som blir servert til fisk.

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Smeltet eller fast margarin/fett					
Seterrømme (35%)					
Lettrømme (20%)					
Saus med fett (hvit/brun)					
Saus uten fett (hvit/brun)					

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

- smeltet/fast fett (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+

Spiser du etter egen oppfatning nok fisk?

- Ja     Nei

Hvis nei,

hvorfor spiser du ikke mer fisk

- |   | Lite viktig              | Viktig                   | Meget viktig             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - for høy pris .....                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - for lite utvalg .....                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - for liten tilgang på fersk fisk . . . . | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - kvaliteteten varierer .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - liten tilgang på ferdigretter . . . .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - lukt ved tilberedning .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - vanskelig å tilberede .....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - smaken .....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - familien liker ikke fisk .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - annet, angi .....                       |                          |                          |                          |

**Hvor ofte pleier du bruke følgende kjøtt- og fjærkrøtter?** (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)					
Koteletter					
Biff					
Kjøttkaker, karbonader					
Pølser					
Gryterett, lapskaus					
Pizza m/kjøtt					
Kylling					
Andre kjøttretter					

**Dersom du spiser steik eller koteletter, hvor mye pleier du å spise?** (Sett ett kryss for hver linje)

Steik (skiver)  1  2  3  4+  
 Koteletter (stk.)  1/2  1  1,5  2+

**Dersom du spiser følgende retter, oppgi mengden du vanligvis spiser:** (Sett ett kryss for hver linje)

- kjøttkaker, karbonader (stk.)  1  2  3  4+  
 - pølser (stk. a 150g)  1/2  1  1,5  2+  
 - gryterett, lapskaus (dl)  1-2  3  4  5+  
 - pizza m/kjøtt (stykke à 100 g)  1  2  3  4+

**Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en uke** (stekte, kokte, eggerøre, omelett)? (Sett ett kryss)

0  1  2  3-4  5-6  7+

**Vi ber deg fylle ut hovedrettene til middag en gang til som en oppsummering.** Kryss av i den ruten som passer hvor ofte du i gjennomsnitt i løpet av siste år har spist slik mat til middag

	5+ pr. uke	4 pr. uke	3 pr. uke	2 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. mnd	1 pr. mnd	nesten aldri
Rent kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmalt kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (makrell, laks o.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"/>
Mager fisk (torsk o.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"/>
Fiskemat	<input type="checkbox"/>	<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 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	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4+ 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 bakervarer som boller, kaker, wienerbrød, vafler, småkaker?** (Sett ett kryss)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Bakervarer						

**Hvor ofte spiser du sjokolade?** (Sett ett kryss)

aldri/sjelden  1-3 pr. mnd  1 pr. uke  
 2-3 pr. uke  4-6 pr. uke  1+ pr. dag

**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. (Sett ett kryss)

1/4  1/2  3/4  1  1,5  2+

**Kosttilskudd**

**Hvor ofte tar du følgende kosttilskudd?** For tran og tranpiller vær vennlig å sette ett kryss for vinteren og ett kryss for resten av året; også om du bruker det like ofte gjennom hele året.

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	daglig
Tran,						
- om vinteren	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Tranpiller,						
- om vinteren	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Fiskeolje -kapsler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andre kosttilskudd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Navn .....						

**Dersom du tar tran, hvor mye pleier du å ta hver gang?**

1 ts  1/2 ss  1+ ss

**Dersom du tar tranpiller/kapsler, hva heter de og hvor mange tar du hver gang?**

navn: ..... stk. pr. gang:.....

**Dersom du tar fiskeoljekapsler, hva heter de og hvor mange tar du hver gang?**

navn: ..... stk. pr. gang:.....

**Alkohol**

**Er du total avholds kvinne?**  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
Øl (1/2 L)	<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"/>
Brennevin (drinker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# KVINNER OG KREFT

## KONFIDENSIELT

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 purring ved å sette kryss for NEI og returnere skjemaet i vedlagte svarkonvolutt.

wts. 28 + 29

Hvis du vil være med, så ber vi deg fylle ut spørreskjemaet så nøye som mulig, se orienteringen på brosjyren for nærmere opplysninger.

Med vennlig hilsen

Eiliv Lund  
Professor dr. med

Jeg samtykker i å delta i  JA  
spørreskjema-undersøkelsen  NEI

### I hvilken kommune har du bodd lengre enn ett år?

Kommune:	Alder
1. Fødested: .....	Fra <input type="text" value="0"/> år til <input type="text"/> år
2.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år
3.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år
4.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år
5.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år
6.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år
7.....	Fra <input type="text"/> år til <input type="text"/> år

### Menstruasjonsforhold

#### Er menstruasjonen din;

- Regelmessig (naturlig)
- Uregelmessig
- Uteblitt pga. legemiddelbruk, sykdom, trening, annet
- Sluttet/stoppet

#### Hvis du ikke har menstruasjon;

- har den stoppet av seg selv? .....
- operert vekk begge eggstokkene? .....
- operert vekk livmoren? .....
- annet, angi .....

Alder da menstruasjonen opphørte? ..... år

### Graviditeter etter 1991

Fyll ut for hvert barn du har født etter 1991 fødselsår og antall måneder du ammet (fylles også ut for dødfødte eller for barn som er døde senere i livet). Dersom du ikke har født barn, fortsetter du ved neste spørsmål.

Barn Nr.:	Fødselsår	Antall måneder med amming

### P-Pillebruk etter 1991

Har du noen gang brukt p-piller, minipiller inkludert, etter 1991?  Ja  Nei

Bruker du p-piller nå?  Ja  Nei

Vi vil be deg om å besvare spørsmålene om p-pillebruk etter 1991 mer nøye. For hver periode med sammenhengende bruk av samme p-pille merke håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme p-pillemerket og navnet på p-pillene. Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på p-pillen, sett usikker. For å hjelpe deg til å huske navnet på p-pille merkene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren som viser bilder av p-pille-merker som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummeret på p-pillen som står i brosjyren.

Årstall	Alder ved start	Brukt samme p-pille sammenhengende år måneder	Nr.	P-pillene (se brosjyren) Navn

### Hormonspiral

Har du noengang brukt hormonspiral (Levonova)?  Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt hormonspiral i alt? ..... år

Hvor gammel var du første gang du du fikk innsatt hormonspiral? ..... år

Bruker du hormonspiral nå?  Ja  Nei

### Holdning til bruk av østrogen

Hvilket av følgende alternativer dekker best ditt syn på østrogenbehandling i forbindelse med overgangsalderen (sett ett kryss)

- Positivt - en hjelp som bør tilbys alle kvinner
- Et nødvendig onde- bør bare brukes av de med store plager
- Negativt- bør ikke «klusse med naturen»



## Bruk av hormonpreparater med østrogen i overgangsalderen

Har du noen gang brukt østrogentabletter/plaster?

Ja  Nei

Hvis Ja; hvor lenge har du brukt østrogentabletter/plaster i alt? .....

år

Hvis du har brukt østrogenpreparater i kun 1 år eller mindre; hvorfor har du brukt midlene så kort tid?

- Har nettopp startet behandlingen
- Er kvitt plagene
- Redd for skadevirkninger
- Fikk plagsomme bivirkninger
- Annet

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

år

Hvorfor begynte du å bruke østrogentabletter/plaster?

- Lindre plager i overgangsalderen (hetetokter, uopplaghet, underlivsplager mm)
- Forebygge benskjørhet (osteoporose)
- Forebygge hjerte/kar sykdom
- Annet

Bruker du tabletter/plaster nå?  Ja  Nei

### UTFYLLENDE SPØRSMÅL TIL ALLE SOM HAR BRUKT ELLER BRUKER PREPARATER MED ØSTROGEN I FORM AV TABLETTER ELLER PLASTER.

For hver periode med sammenhengende bruk av samme østrogenpreparat håper vi du kan si oss hvor gammel du var da du startet, hvor lenge du brukte det samme østrogenpreparatet, og navnet på dette. Dersom du har tatt opphold eller skiftet merke, skal du besvare spørsmålene for en ny periode. Dersom du ikke husker navnet på østrogenpreparatet sett «usikker». For å hjelpe deg til å huske navnet på østrogenpreparatene ber vi deg bruke den vedlagte brosjyren som viser bilder av østrogenpreparater som har vært solgt i Norge. Vennligst oppgi også nummer på østrogentabletten/plasteret som står i brosjyren.

Periode	Alder ved start	Brukt samme østrogen-tablett/plaster		Østrogentablett/plaster	
		Sammenhengende år	måned	Nr.	(se brosjyre) Navn
Første					
Andre					
Tredje					
Fjerde					
Femte					

Har østrogenpreparatene gitt deg bivirkninger?  Ja  Nei

Hvis Ja; kryss av for hvilke bivirkninger:

- Uregelmessige blødninger
- Brystspenning
- Kvalme/magesmerter
- Hodepine
- Hudreaksjoner
- Vektøkning   Ant kg
- Annet .....

Førte de overnevnte bivirkninger til at du forandret østrogenbehandlingen din?  Ja  Nei

Hvis ja;

- Skiftet østrogenpreparat
- Sluttet
- Annet, angi

## Østrogenpreparat til lokal bruk i skjeden

Har du noen gang brukt østrogenkrem/stikkpille?  Ja  Nei

Ja  Nei

Bruker du krem/stikkpille nå?  Ja  Nei

Ja  Nei

## Selvopplevd helse

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

meget god  god  dårlig  meget dårlig

## Sykdom

Har du eller har du hatt noen av følgende sykdommer?

	Ja	Nei	Hvis Ja: Alder ved start
Høyt blodtrykk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hjertesvikt/hjertekrampe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Årebetennelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Blodpropp i legg eller lår	<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"/>
Migrene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sukkersyke (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Endometriose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hypothyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Depresjon (oppøst lege)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

For følgende tilstander kryss av for hvilket år tilstanden oppsto eller angi årstall for perioden før 1991.

	før 91	91	92	93	94	95	96	97	98
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"/>
Ryggsmerter 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/(b.skjørhet)	<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"/>
<b>Brudd</b>									
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"/>
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"/>
Andre brudd angi : .....	<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"/>

### Sosiale forhold

Er du: (Sett ett kryss)  gift  samboer  annet

Hvor mange personer er det i ditt hushold? .....

Yrke? .....

Hvor høy er bruttoinntekten i husholdet pr. år?

<input type="checkbox"/> under 150 000 kr	<input type="checkbox"/> 151 000–300 000 kr
<input type="checkbox"/> 301 000–450 000 kr	<input type="checkbox"/> 451 000–600 000 kr
<input type="checkbox"/> over 600 000 kr	

### Røykevaner

Har du noen gang røkt?  Ja  Nei

Hvis Ja, ber vi deg om å fylle ut hvor mange sigaretter du i gjennomsnitt røkte pr. dag i perioden 1991-1998.

Antall sigaretter hver dag							
Årstall	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
1991-94							
1995-98							

Røker du daglig nå?  Ja  Nei

Bor du sammen med noen som røker?  Ja  Nei

Hvis Ja, hvor mange sigaretter røker de til sammen pr. dag? .....

### 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="checkbox"/>
mor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mormor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
farmor .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
søster .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange helsøsken har du?  Søstre  Brødre (oppgi antall) Nummer

Hvilket nummer i søskenflokken er du?

### Undersøkelser for kreft

Hvor ofte undersøker du brystene dine selv?

(sett ett kryss)

Aldri .....

Uregelmessig .....

Regelmessig (omtrent hver måned) .....

Går du til regelmessig undersøkelse av brystene dine med mammografi? (sett ett kryss)

Nei .....

Ja, med to års mellomrom eller mindre .....

Ja, med to års mellomrom .....

### Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært lite til svært mye. 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 o.l. Sett ring rundt det tallet som best angir ditt nivå av fysisk aktivitet.

Alder	Svært lite									Svært mye
30 år	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
I dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hvor mange timer pr. dag i gjennomsnitt går eller spaserer du utendørs?

	mindre enn ½ time	½-1 time	1-2 timer	mer enn 2 timer
Vinter				
Vår				
Sommer				
Høst				

Arbeider du utendørs i yrkessammenheng?  Ja  Nei

Hvis ja: hvor mange timer pr. uke? .....Sommer .....vinter

## Høyde og vekt

Hvor høy er du? ..... cm

Hvor mye veier du i dag? ..... kg

## 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.

**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+ pr. dag
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"/>
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 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+ pr. dag
Kokekaffe	<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"/>
Pulverkaffe	<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+ pr. dag
Appelsinjuice	<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"/>

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

aldri/sjelden  1 pr. uke  2-3 pr. uke  4+ pr. uke

**Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist kornblanding, havregryn eller müsli?** (Sett ett kryss)

aldri/nesten aldri  1-3 pr. uke  4-6 pr. uke  1 pr. dag

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

(1/2 rundstykke = 1 brødskeive) (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+ pr. dag
Grovt brød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fint brød	<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 brødskeiver 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 brødskeiver bruker du?** (Sett ett kryss pr. linje)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvit ost, helfet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvit ost, halvfet/mager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kjøttpålegg, leverpostei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Videre kommer spørsmål om fiskepålegg.

**På hvor mange brødskeiver pr. uke har du i**

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

	0 pr. uke	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"/>
Annet fiskepålegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?**

(Sett gjerne flere kryss)

- bruker ikke fett på brødet
- smør
- hard margarin (f. eks. Per, Melange)
- myk margarin (f. eks. Soft)
- smørblandet margarin (f. eks. Bremykt)
- Brelett
- lett margarin (f. eks. Soft light, Letta)

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

(Sett ett kryss)

- skrapet (3 g)  tynt lag (5 g)  godt dekket (8 g)
- tykt lag (12 g)

**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 (f.eks. druer, fersken)	<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							
Kål							
Kålrot							
Broccoli/blomkål							
Blandet salat							
Grønnsakblanding (frossen)							
Andre grønnsaker							

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

- gulrøtter  1/2 stk.  1 stk.  1 1/2 stk.  2+ stk.
- kål  1/2 dl  1 dl  1 1/2 dl  2+ dl
- kålrot  1/2 dl  1 dl  1 1/2 dl  2+ dl
- broccoli/blomkål  1-2 buketter  3-4 buketter  5+ buketter
- blandet salat  1 dl  2 dl  3 dl  4+ dl
- grønnsakblanding  1/2 dl  1 dl  2 dl  3+ dl

## Hvor mange poteter spiser du vanligvis (kokte, stekte, mos)? (Sett ett kryss)

- spiser ikke/spiser sjelden poteter
- 1-4 pr. uke  5-6 pr. uke
- 1 pr. dag  2 pr. dag
- 3 pr. dag  4+ pr dag

## 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					
Spaghetti, makaroni					

## Hvor ofte spiser du risengrynsgrøt? (Sett ett kryss)

- aldri/sjelden  1 pr. mnd  2-3 pr. mnd  1+ pr. uke

## Hva slags fett blir vanligvis brukt til matlaging i din husholdning? (Sett gjerne flere kryss)

- smør
- hard margarin (f. eks. Per, Melange)
- myk margarin (f. eks. Soft)
- smørblandet margarin (f. eks. Bremykt)
- soyaolje  olivenolje  maisolje

## 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						
Steinbit, flyndre, uer						
Laks, ørret						
Makrell						
Sild						

## Med tanke på de periodene av året der du spiser fisk, hvor ofte pleier du å spise følgende? (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr. uke
Kokt torsk, sei, hyse, lyr						
Stekt torsk, sei, hyse, lyr						
Steinbit, flyndre, uer						
Laks, ørret						
Makrell						
Sild						

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

(Sett ett kryss for hver linje)

- kokt fisk (skive)  1  1,5  2  3+
- stekt fisk (stykke)  1  1,5  2  3+

## Hvor mange ganger pr. år spiser du fiskeinnmat?

(Sett ett kryss pr. linje)

- 0 1-3 4-6 7-9 10+
- Rogn
- Fiskelever

## Dersom du spiser fiskelever, hvor mange spiseskjeer 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					
Plukkfisk, fiskegrateng					
Frityrfisk, fiskepinner					
Andre fiskeretter					

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

- fiskekaker/pudding/boller (stk.)  1  2  3  4+
- (2 fiskeboller=1 fiskekake)
- plukkfisk, fiskegrateng (dl)  1-2  3-4  5+
- frityrfisk, fiskepinner (stk.)  1-2  3-4  5-6  7+

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

- aldri/sjelden  1 pr. mnd  2-3 pr. mnd  1+ pr. uke

**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?** (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd	2-3 pr. mnd	1 pr. uke	2+ pr. uke
Smeltet eller fast margarin/fett	<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 spise.**

- smeltet/fast fett (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+

**Andre matvarer**

**Hvor ofte spiser du følgende kjøtt- og fjærkreretter?**

(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 m/kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kylling	<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)  1  2  3  4+
- koteletter (stk.)  1/2  1  1,5  2+
- kjøttkaker, karbonader (stk.)  1  2  3  4+
- pølser (stk. à 150g)  1/2  1  1,5  2+
- gryterett, lapskaus (dl)  1-2  3  4  5+
- pizza m/kjøtt (stykke à 100 g)  1  2  3  4+

**Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en uke** (stekte, kokte, eggerøre, omelett)? (Sett ett kryss)

- 0  1  2  3-4  5-6  7+

**Vi ber deg fylle ut hovedrettene til middag en gang til som en oppsummering.** Kryss av i den ruten som passer hvor ofte du i gjennomsnitt i løpet av siste år har spist slik mat til middag

	5+ pr. uke	4 pr. uke	3 pr. uke	2 pr. uke	1 pr. uke	2-3 pr. mnd	1 pr. mnd	nesten aldri
Rent kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmalt kjøtt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (makrell, laks o.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"/>
Mager fisk (torsk o.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"/>
Fiskemat	<input type="checkbox"/>	<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 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  1-3 pr. mnd  1 pr. uke  2-3 pr. uke  4+ pr. uke
- om sommeren
  - resten av året

**Hvor mye is spiser du vanligvis pr. gang?** (Sett ett kryss)

- 1 dl  2 dl  3 dl  4+ dl

**Hvor ofte spiser du bakervarer som boller, kaker, wienerbrød, vafler, småkaker?** (Sett ett kryss)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Gjærbakst(boller)	<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	<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)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ 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"/>

**Hvor ofte spiser du sjokolade?** (Sett ett kryss)

- aldri/sjelden     1-3 pr. mnd     1 pr. uke  
 2-3 pr. uke     4-6 pr. uke     1+ pr. dag

**Dersom du spiser sjokolade, hvor mye pleier du vanligvis å spise hver gang?** Tenk deg størrelsen på en Kvikk-Lunssj sjokolade, og oppgi hvor mye du spiser i forhold til den.

- 1/4     1/2     3/4     1     1,5     2+

**Hvor ofte spiser du salt snacks?** (Sett ett kryss)

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Potetchips						
Peanøtter						

**Tilberedningsmåte**

**Har du mikrobølgeovn?**  Ja  Nei

**Hvis Ja; hvor mange ganger pr. uke bruker du mikrobølgeovnen til** \_\_\_\_\_ ganger pr. uke

middagslaging? .....

annet? .....

**Hvilken farve foretrekker du på stekeskorpen?**

- Lys brun     Middels     Mørk brun

**Hvor ofte spiser du stekt eller grillet mat?**

	aldri/sjelden	1-3 pr. mnd	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Mørkt kjøtt (biff ol.)						
Lyst kjøtt (kylling ol.)						
Oppmalt kjøtt (kjøttkaker ol.)						
Bacon						
Fisk						

**Bruker du stekefettet eller sjen etter steking?**

- nei, aldri     av og til  
 som oftest     ja, alltid

**Tran og fiskeoljekapsler**

**Bruker du tran (flytende)?**  Ja  Nei

**Hvis ja; hvor ofte tar du tran?**

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"/> |

**Hvor mye tran pleier du å ta hver gang?**

- 1 ts     1/2ss     1+ss

**Bruker du tranpiller/kapsler?**  Ja  Nei

**Hvis ja; hvor ofte tar du tranpiller/kapsler?**

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/kapsler bruker du vanligvis, og hvor mange pleier du å ta hver gang?**

- |                         | ja                       | antall pr. gang |
|-------------------------|--------------------------|-----------------|
| Møllers tranpiller      | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Møllers omega-3 kapsler | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Møllers dobbel          | <input type="checkbox"/> | .....           |
| annet, navn .....       | <input type="checkbox"/> | .....           |

**Bruker du fiskeoljekapsler?**  Ja  Nei

**Hvis ja; hvor ofte tar du fiskeoljekapsler?**

- |  | 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"/> |

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

- |                   | ja                       | antall pr. gang |
|-------------------|--------------------------|-----------------|
| Triomar           | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Almarin           | <input type="checkbox"/> | .....           |
| Nycomed Omega-3   | <input type="checkbox"/> | .....           |
| annet, navn ..... | <input type="checkbox"/> | .....           |

**Kosttilskudd****Bruker du annet kosttilskudd**

(eks. vitaminer, mineraler)?  Ja  Nei

**Hvis ja; hvor ofte tar du slike 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"/> |

Navn .....

**Alkohol**

**Er du total avholdskvinne?**  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               |
|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Øl (1/2 L)         | <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"/> |
| Brennevin (driker) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Solvaner

Får du fregner når du soler deg?  Ja  Nei

Hvor mange føflekker har du sammenlagt på begge armer (fra fingertuppene til skuldrene)?

0  1-10  11-50  51+

Hvor mange uregelmessige føflekker større enn 5 mm har du sammenlagt på begge armene (fra fingrene til armhulene)? Tre eksempler på føflekker større enn 5 mm med uregelmessig form er vist i nedenfor.



5 mm

0  1  2-3  4-6  7-12  13-24  25+

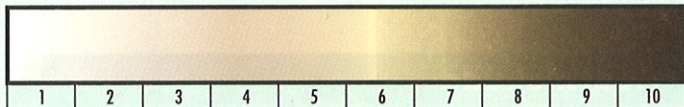
Hvor mange små, regelmessige føflekker har du sammenlagt på begge armene (fra fingrene til armhulene)?

0  1-10  11-50  51+

Hva er din opprinnelige hårfarge? (sett ett kryss)

mørkbrunt, svart  brun  blond, gul  rød

For å kunne studere effekten av soling på risiko for hudkreft ber vi deg gi opplysninger om hudfarge. Sett ett kryss på den fargen som best passer din hudfarge (uten soling)



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							
Uten såpe/shampo							

Hvor mange ganger pr. år er du blitt forbrent av solen slik at du har fått svie og blemmer med avflassing etterpå? (ett kryss for hver aldersgruppe)

Årstall	Aldri	Høyest 1 gang pr. år	2-3 g. pr. år	4-5 g. pr. år	6 eller flere ganger
1991-94					
1995-98					

Hvor mange uker soler du deg pr. år i syden?

Årstall	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	7 uker eller mer
1991-94					
1995-98					

Hvor mange uker pr. år soler du deg i Norge eller utenfor syden?

Årstall	Aldri	1 uke	2-3 uker	4-5 uker	7 uker eller mer
1991-94					
1995-98					

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

påsken  i Norge eller utenfor syden  solferie i syden

Hvilke solfaktorer bruker du i disse periodene?

	påsken	i Norge eller utenfor syden	solferie i syden
- I dag	.....	.....	.....
- For 10 år siden	.....	.....	.....

Hvilke solkremmer bruker du? Angi faktor hvis du husker.

	Ja	faktor	Ja	faktor
Piz Buin	<input type="checkbox"/>	....	Cosmica	<input type="checkbox"/> ....
Ambre Solairé	<input type="checkbox"/>	....	Natusan	<input type="checkbox"/> ....
HTH	<input type="checkbox"/>	....	Delial	<input type="checkbox"/> ....
Andre, angi navn.....		....		

Hvor ofte har du solt deg i solarium?

Alder	Aldri	Sjelden	1 gang pr. mnd.	2 ganger pr. mnd.	3-4 ganger pr. mnd.	oftere enn 1 gang pr. uke
1991-94						
1995-98						

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.

Ja  Nei

**Takk for at du ville delta i undersøkelsen**

## Dietary questions from series 32, the same as series 33

### Kosthold

#### Påvirker noen av følgende forhold kostholdet ditt?

(sett gjerne flere kryss)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er vegetarianer/veganer           | <input type="checkbox"/> Har anoreksi           |
| <input type="checkbox"/> Spiser ikke norsk kost til daglig |   |
| <input type="checkbox"/> Har allergi/intoleranse           | <input type="checkbox"/> Har bulimi             |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sykdom                    | <input type="checkbox"/> Prøver å gå ned i vekt |

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.

#### 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+ pr. dag
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 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+ pr. dag
Kokekaffe.....	<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"/>
Pulverkaffe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hvor mange glass appelsinjuice, 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+ pr. dag
Appelsinjuice.....	<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"/>

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

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aldri/sjelden | <input type="checkbox"/> 2-3 pr. uke |
| <input type="checkbox"/> 1 pr. uke     | <input type="checkbox"/> 4+ pr. uke  |

#### Hvor ofte har du i gjennomsnitt siste året spist komblanding, havregryn eller müsli? (Sett ett kryss)

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

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

(1/2 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+ pr. dag
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.....	<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)

	0 pr. uke	1-3 pr. uke	4-6 pr. uke	1 pr. dag	2-3 pr. dag	4+ pr. dag
Syltetøy og annet søtt pålegg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brun ost, 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"/>
Kjøttpålegg, Leverpostei.....	<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)

	0 pr. uke	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"/>
Annet fiskepålegg.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet? (Sett gjerne flere kryss)

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Bruker ikke fett på brødet                     |
| <input type="checkbox"/> Smør   |
| <input type="checkbox"/> Hard margarin (f. eks. Per, Melange)           |
| <input type="checkbox"/> Myk margarin (f. eks. Soft, Vita og Solsikke)  |
| <input type="checkbox"/> Smørblandet margarin (f. eks. Bremyk)          |
| <input type="checkbox"/> Brelett  |
| <input type="checkbox"/> Lettmargarin (f. eks. Soft light, Letta)       |
| <input type="checkbox"/> Middels lett margarin (f. eks. Olivero, Omega) |

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

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



### 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 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"/>
Grønnsakblan- ding (frossen).....	<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"/> 1/2 stk.	<input type="checkbox"/> 1 stk.	<input type="checkbox"/> 1 1/2 stk.	<input type="checkbox"/> 2+ stk.
- kål	<input type="checkbox"/> 1/2 dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 1 1/2 dl	<input type="checkbox"/> 2+ dl
- kålrot	<input type="checkbox"/> 1/2 dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 1 1/2 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"/> 3 dl	<input type="checkbox"/> 4+ dl
- grønnsakblanding	<input type="checkbox"/> 1/2 dl	<input type="checkbox"/> 1 dl	<input type="checkbox"/> 2 dl	<input type="checkbox"/> 3+ dl

### Hvor mange poteter spiser du vanligvis (kokte, stekte, MOS)? (Sett ett kryss)

Spiser ikke/spiser sjelden poteter

1-4 pr. uke    5-6 pr. uke    1 pr. dag    2 pr. dag

3 pr. dag    4+ pr. dag

### Hvor ofte bruker du ris og spagetti/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.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Hvor ofte spiser du risengrynsgrøt? (Sett ett kryss) +

Aldri/sjelden.....  1 pr. mnd.....

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

### Hva slags fett blir vanligvis brukt til matlaging i din husholdning? (Sett gjerne flere kryss)

Smør.....	<input type="checkbox"/>	Myk margarin (eks. Soft).....	<input type="checkbox"/>
Hard margarin (eks. Melange).....	<input type="checkbox"/>	Smørblandet margarin (eks. Bremyk).....	<input type="checkbox"/>
Flytende margarin.....	<input type="checkbox"/>	Soyaolje.....	<input type="checkbox"/>
Oliveolje.....	<input type="checkbox"/>	Maisolje.....	<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	vintrer	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? +

(Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/ sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2 pr. uke	3+ pr. uke
Kokt torsk, sei, hyse, lyr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt 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"/>

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

Kokt fisk (skive)

1    1,5    2    3+

Stekt fisk (stykke)

1    1,5    2    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"/>
Frityrisk/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.)  1  2  3  4+
- (2 fiskeboller=1 fiskekake)
- plukkfisk, fiskegrateng (dl)  1-2  3-4  5+
- fritryfisk, fiskepinner (stk.)  1-2  3-4  5-6  7+



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

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

**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?** (Sett ett kryss pr. linje)

	aldri/sjelden	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2+ pr. uke
Smeltet eller fast margarin/fett.....	<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 spise.**

- smeltet/fast fett (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+



**Andre matvarer**

**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 fjærkreretter?**

(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.....	<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)  1  2  3  4+
- koteletter (stk.)  1/2  1  1,5  2+
- kjøttkaker, karbonader (stk.)  1  2  3  4+
- pølser (stk. à 150g)  1/2  1  1,5  2+
- gryterett, lapskaus (dl)  1-2  3  4  5+
- pizza m/kjøtt (stykke à 100 g)  1  2  3  4+

**Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en uke?**(stekte, kokte, eggerøre, omelett) (Sett ett kryss)

- 0  1  2  3-4  
 5-6  7+



**Vi ber deg fylle ut hovedrettene til middag en gang til som en oppsummering.** Kryss av i den ruten som passer

hvor ofte du i gjennomsnitt i løpet av siste år har spist slik mat til middag

	5+ pr.uke	4 pr.uke	3 pr.uke	2 pr.uke	1 pr.uke	2-3 pr.mnd.	1 pr.mnd.	1 nesten aldri
Rent kjøtt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmalt kjøtt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fet fisk (makrell, laks o.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"/>
Mager fisk (torsk o.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"/>
Fiskemat.....	<input type="checkbox"/>	<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 iskrem?** (til dessert, krone-is osv.) Sett et kryss for hvor ofte du spiser iskrem om sommeren, og et kryss for resten av året)

- |                      | aldri/sjelden            | 1-3 pr.                  | 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)

- 1dl  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 mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Gjærbakst (boller).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wienerbrød.....	<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.....	<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	1-3 mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ 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"/>

### Hvor ofte spiser du sjokolade? (Sett ett kryss)

aldri/sjelden     1-3 pr. mnd     1 pr. uke  
 2-3 pr. uke     4-6 pr. uke     1+ pr. dag

**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     1,5     2+

### Hvor ofte spiser du salt snacks? (Sett ett kryss)

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
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"/>

## Tilberedningsmåte

Har du mikrobølgeovn? ..... Ja  Nei

Hvis Ja; hvor mange ganger pr. uke bruker du mikrobølgeovnen til

middagslaging (ant. ganger).....    
 annet (ant. ganger).....

Hvilken farge foretrekker du på stekeskorpen?

Lys brun     Middels brun     Mørk brun

Hvor ofte spiser du stekt eller grillet mat?

	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4-6 pr. uke	7+ pr. uke
Mørkt kjøtt (biff o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lyst kjøtt (kylling).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppmalt kjøtt (kjøttkaker o.l.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacon.....	<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"/>

Bruker du stekefettet eller sjen etter steking?

nei, aldri     av og til     som oftest     ja, alltid

## Tran og fiskeoljekapsler

Bruker du tran (flytende)? ..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tran?

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"/>

Hvor mye tran pleier du å ta hver gang?

1 ts.     1/2 ss.     1+ ss.

Bruker du tranpiller/kapsler? ..... Ja  Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du tranpiller/kapsler?

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/kapsler bruker du vanligvis, og hvor mange pleier du å ta hver gang?

Navn                     ant.

Bruker du fiskeoljekapsler? (omega-3) Ja  Nei

Hvis ja; hvor ofte tar du fiskeoljekapsler?

+

	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"/>

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

Navn                    ant.

## Kosttilskudd og alternativ medisin

Hvor ofte bruker du følgende typer tilskudd til kostholdet? (Sett ett kryss pr. linje)

Navn på vitamin/mineraltilskudd:	aldri/ sjelden	1-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-6 pr. uke	daglig
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bruker du naturpreparater? ..... Ja  Nei

Hvis ja; Når brukte du det sist? ..... År

Bruker du soyapreparater? ..... Ja  Nei

Hvis ja; Når brukte du det sist? ..... År

Har du brukt homeopatiske midler? ..... Ja  Nei

Hvis ja; Når brukte du det sist? ..... År

## 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. uke	1 pr. uke	2-4 pr. uke	5-6 pr. uke	1+ pr. dag
Øl (1/2 l.)	<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"/>
Brennevin (drink)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 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"/>

## Mammografiundersøkelse

Har du vært til undersøkelse av brystene med mammografi Ja  Nei

Hvis Ja; hvor gammel var du første gangen? (hele år)

Hvor mange ganger har du vært undersøkt?

-etter invitasjon fra Mammografiprogrammet	<input type="text"/>
-etter henvisning fra lege	<input type="text"/>
-uten henvisning fra lege	<input type="text"/>

## Fysisk aktivitet

Vi ber deg angi din fysiske aktivitet etter en skala fra svært liten til svært mye ved 14 års alder, ved 30 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"/>	<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"/>	
30 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"/>	<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"/>	<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"/>	

Hvor mange timer pr. dag i gjennomsnitt går eller spaserer du utendørs?

	sjelden/ aldri	mindre enn 1/2 time	1/2-1 time	1-2 timer	mer enn 2 timer
Vinter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Høst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvor mange trapper (hele etasjer) går du i gjennomsnitt pr. dag

Dietary questions from series 39, the same as series 42

## Kosthold

Påvirker noen av følgende forhold kostholdet ditt? (sett gjerne flere kryss)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Er vegetarianer/veganer           | <input type="checkbox"/> Har bulimi             |
| <input type="checkbox"/> Spiser ikke norsk kost til daglig | <input type="checkbox"/> Prøver å gå ned i vekt |
| <input type="checkbox"/> Har allergi/intoleranse           | <input type="checkbox"/> Lav glykemisk mat      |
| <input type="checkbox"/> Kronisk sykdom                    |   |
| <input type="checkbox"/> Har anoreksi                      |   |

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+ pr. dag
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+ pr. dag
Kokekaffe	<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"/>
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 eller te:**

	Kaffe		Te	
Sukker (ikke kunstig søtstoff)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei
Melk eller fløte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nei	<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+ pr. dag
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 appelsinjuice, 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+ pr. dag
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)

- Aldri/sjelden     1 pr. uke  
 2-3 pr. uke     4+ pr. uke

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

- Aldri/sjelden     1-3 pr. uke  
 4-6 pr. uke     1 pr. dag

**Brødmat**

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

(1/2 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+ pr. dag
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"/>

I neste spalte 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"/>
Kjøttpålegg, Leverpostei	<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"/>

**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 (gravet/røkt)	<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"/>

**Hva slags fett bruker du vanligvis på brødet?** (Sett gjerne flere kryss)

- Bruker ikke fett på brødet  
 Smør  
 Hard margarin (f. eks. Per, Melange)  
 Myk margarin (f. eks. Soft, Vita, Solsikke)  
 Smørblandet margarin (f.eks. Bremyk)  
 Brelett  
 Lettmargarin (f. eks. Soft light, Letta, Vita Lett)  
 Middels lett margarin (f. eks. Olivero, Omega)

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

(Sett ett kryss)

- Skrapet (3 g)     Tynt lag (5 g)  
 Godt dekket (8 g)     Tykt lag (12 g)

**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"/>
Banener	<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 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"/>
Grønnsak- blanding (frossen)	<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"/>
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"/>	1/2 stk	<input type="checkbox"/>	1 stk	<input type="checkbox"/>	1 1/2 stk	<input type="checkbox"/>	2+ stk.
Kål	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	1 1/2 dl	<input type="checkbox"/>	2+ dl
Kålrot	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	1 1/2 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"/>	3 dl	<input type="checkbox"/>	4+ dl
Tomat	<input type="checkbox"/>	1/4 stk	<input type="checkbox"/>	1/2 stk	<input type="checkbox"/>	1stk	<input type="checkbox"/>	2+ stk
Grønnsak- blanding	<input type="checkbox"/>	1/2 dl	<input type="checkbox"/>	1 dl	<input type="checkbox"/>	2 dl	<input type="checkbox"/>	3+ dl

## Hvor mange poteter spiser du vanligvis (kokte, stekte, mos)? (Sett ett kryss)

- Spiser ikke/spiser sjelden poteter     1-4 pr. uke  
 5-6 pr. uke     1 pr. dag     2 pr. dag  
 3 pr. dag     4+ pr. dag

## 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 forrett, 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
Kokt torsk, sei, hyse, lyr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stekt 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 spiseskjeer pleier du å spise hver gang? (Sett ett kryss)

<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3-4	<input type="checkbox"/>	5-6	<input type="checkbox"/>	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"/>
Frityrfisk/fiskepinner	<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.)  1  2  3  4+  
 (2 fiskeboller=1 fiskekake)
- 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/fett | <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)     | <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4+ |
| Smeltet/ fast margarin (ss) | <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4+ |
| Seterrømme (ss)             | <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4+ |
| Lettrømme (ss)              | <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4+ |
| Saus med fett (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 uten fett (dl)         | <input type="checkbox"/> 1/4 | <input type="checkbox"/> 1/2 | <input type="checkbox"/> 3/4 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 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

## 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 fjærkreretter?**

- | (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                        | <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)  1  2  3  4  5+
- Koteletter (stk.)  1/2  1  1,5  2+
- Kjøttkaker, karbonader (stk.)  1  2  3  4+
- Pølser (stk. à 150g)  1/2  1  1,5  2+
- Gryterett, lapskaus (dl)  1-2  3  4  5+
- Pizza m/kjøtt (stykke à 100 g)  1  2  3  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)  1/4  1/2  3/4  1  2+
- Sjysaus (dl)  1/4  1/2  3/4  1  2+
- Tomatsaus (dl)  1/4  1/2  3/4  1  2+
- Saus med fløte/rømme (dl)  1/4  1/2  3/4  1  2+

## Andre matvarer

**Hvor mange egg spiser du vanligvis i løpet av en uke?**(stekte, kokte, eggerøre, 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	1 pr. mnd.	2-3 pr. mnd.	1 pr. uke	2-3 pr. uke	4+ pr. uke
Puttering 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	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    1,5    2+

### Hvor ofte spiser du snacks? (Sett ett kryss)

	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	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?

Antall

Navn \_\_\_\_\_

### Kosttilskudd

Bruker du kosttilskudd? 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"/>

Bruker du soyapreparater mot plager i overgangsalderen? Ja  Nei

### Varm mat

Hvor mange ganger i løpet av en måned spiser du varm mat?

Til frokost  Til middag   
Til lunsj  Til kvelds

### Kosthold som barn

Hvor mye melk drakk du som barn hver dag? (sett ett kryss)

drakk ikke melk    1-3 glass    4-6 glass    7 glass eller mer

Hvor ofte spiste du grønnsaker til middag som barn?

(sett ett kryss)

aldri    1 gang i uken eller mer sjelden  
 2-3 ganger i uken    4 eller flere ganger pr. uke

Hvor ofte spiste du fisk til middag som barn? (sett ett kryss)

aldri    1 gang i uken eller mer sjelden  
 2-3 ganger i uken    4 eller flere ganger pr. uke

### 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 (1/2 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"/>



## Appendix III

English translation of the questionnaire  
from series 28 and 29, the EPIC sub-sample

If you agree to take part, tick YES in the box to the right. If you do not wish to take part, you can avoid reminders by ticking NO and returning the questionnaire in the envelope provided.

**If you want to take part, we ask you to fill out the questionnaire, giving as much detail as possible, consult the enclosed brochure for further details.**

I agree to take part in the questionnaire survey  YES  NO

Best wishes,  
Eiliv Lund  
Professor dr. med.

In which local district council area have you lived more than one year?

Local council area:

1. Place of birth:.....from ..... years to .....years
2. ....from ..... years to .....years
3. ....from ..... years to .....years
4. ....from ..... years to .....years
5. ....from ..... years to .....years
6. ....from ..... years to .....years
7. ....from ..... years to .....years

**Menstruation**

- Are your periods;
- ... Regular (natural)
  - ... Irregular
  - ... Absent because of medication use, illness, training, other
  - ... Ended/stopped

- If you do not have your periods;
- Have they stopped of their own accord? .....
  - Have both your fallopian tubes been removed?...
  - Have you had your womb removed (hysterectomy)?..
  - Have they stopped for some other reason? Describe .....

Age when periods stopped? .....years

**Pregnancies after 1991**

For each child you have given birth to after 1991, give details of year of birth and number of months' breast-feeding (please give information for still-births

and children who have since died). If you have not had any children, go on to the next question.

Child	Year of birth	Months breast-fed
1		
2		
3		

**Use of contraceptive pill after 1991**

Have you ever been on the pill or minipill after 1991?

.....Yes .....No

Are you currently on the pill? .....Yes .....No

Now we would like you to give more detailed answers to the questions on your use of the pill after 1991. For each period of continuous use of the same brand of contraceptive pill, we hope you can tell us how old you were when you started, how long you used the same brand of pill, and the name of the pill you used.

If you stopped using the pill or switched to another brand, you should count this as a new period. If you do not remember the name of the brand of pill, write 'Unsure'. To help you remember the name of brands of contraceptive pill, we would like you to use the enclosed brochure, which shows pictures of brands that have been sold in Norway. Please also tell us the number of the pill as given in the brochure.

Period	Age at beginning	Used same contraceptive pill continuously year(s) month(s)	Contraceptive pill (see brochure) No. Name
First			
Second			
Third			

### Intra uterine device

Have you ever used an intra uterine device (Levonova)? ....Yes.....No  
If yes, for how long have you used an intra uterine device all together? ..... Years  
How old were you the first time you got an intra uterine device inserted? ..... years  
Are you currently using an intra uterine device? .... Yes.....No

### Attitudes to estrogen use

Which of the following alternatives best covers your view on estrogen use during the menopause (tick one box only)

Positive – a help that should be offered to all women .....  
A necessary evil - should only be used by those with great pains .....  
Negative – one should not “tamper with nature” .....  
.....

### Use of hormone preparations with estrogen in menopause

Have you ever used estrogen pills/plasters? .....Yes .....No  
If Yes, how long have you used estrogen pills/plasters in all? .....years  
If you have used estrogen preparations for one year or less; why have you used them for such a short period?  
Have just started the treatment .....  
Have got rid of the pains .....  
Afraid of side effects .....  
Had painful side effects .....  
Other .....

How old were you when you first used estrogen pills/plasters? .....years

Why did you start using estrogen pills/plasters?  
Ease menopausal pains .....  
(hot flushes, tiredness, gynecological complaints etc.)  
Prevent osteoporosis .....  
Prevent coronary heart disease .....  
Other .....

Are you currently using pills/plasters? .....Yes .....No

Supplementary question to everyone who has used or

is using estrogen preparations, either as pills or plasters:

For each period of continuous use of the same estrogen preparation, we hope you can tell us how old you were when you started, how long you used the same hormone preparation, and what it was called. If you stopped using it for a while, or switched to other preparations, you should count this as a new period. If you cannot remember the name of the hormone preparation, write 'Unsure'. To help you remember the names of estrogen preparations, please use the brochure provided, which contains pictures of estrogen preparations that have been sold in Norway. Please also give the number of the estrogen pill/plaster given in the brochure.

Period	Age at beginning	Used same hormone pill/plaster Continuously year(s)	month(s)	Estrogen pill/plaster (see brochure) No. Name
First				
Second				
Third				
Fourth				
Fifth				

Have the estrogen preparations given you any side effects? ..... Yes .....No

If yes; tick for the effects:  
Irregular bleedings .....  
Breast tensions .....  
Sickness/stomach cramps .....  
Headache .....  
Skin reactions .....  
Weight gain ..... kilos  
Other .....

Did these side effects result in you changing your estrogen treatment? ..... yes ..... no

If yes;  
Changed estrogen preparation .....  
Stopped .....  
Other, describe .....

### ESTROGEN PREPARATIONS FOR VAGINAL USE

Have you ever used estrogen creams/suppositories? .....Yes .....No

Are you currently using creams/suppositories? .....Yes .....No

### Perceived health

How would you rate your own current state of health (tick one box only):

.....Very good    .....Good    .....Poor    .....Very poor

### Illness

Have you or have you had any of the following illnesses?

	Yes	No	If Yes, age when first discovered
High blood pressure			
Heart failure/heart cramps			
Phlebitis (inflammation of the veins/arteries)			
Thrombosis of the lower or upper leg			
Heart attack			
Stroke			
Migraine			
Epilepsy			
Diabetes			
Endometriosis			
Hypothyreosis			
Depression (seen a doctor)			

For the following conditions, tick which year they emerged, or give the year for the period before 1991.

	before	91	92	93	94	95	96	97	98
Muscle pains (myalgia)									
Fibromyalgia/fibrositis									
Chronical fatigue syndrome									
Backpains of unknown cause									
Whiplash									
Osteoporosis									

Fractures:

Forearm (wrist)  
Spine (compression)  
Other fractures, describe.....

### Social background

Are you (tick one box only):  
.....married    .....living together    .....other

How many persons are there in your household?  
Number: .....

Profession?.....

What is your household's gross annual income?  
.....less than 150 000 kr    .....151 000-300 000 kr  
.....301 000-450 000 kr    .....451 000-600 000 kr  
.....more than 600 000 kr

### Smoking

Have you ever smoked?    .....Yes    .....No

If yes, please fill in how many cigarettes you smoked on average per day in the period 1991-1998.

Year	Number of cigarettes smoked per day						
	0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25+
1991-94							
1995-98							

Do you smoke on a daily basis at the moment?

.....Yes    .....No

Do you live with someone who smokes? .....Yes.....No

If Yes, how many cigarettes do they smoke in total per day? .....

### Breast cancer in the family

Have any of your close relatives had breast cancer:

	Yes	No	Don't know	Startage
Daughter				
Mother				
Mother's mother				
Father's mother				
Sister				

How many siblings (by birth) do you have?  
.....sisters    .....brothers

Which number in the birth order are you? Number.....

### Cancer examinations

How often do you self-examine your breasts? (Tick one box only)

Never .....  
At irregular intervals .....  
Regularly (approx. once a month) .....

Do you regularly go for mammography screening of your breasts? (Tick one box only)

No .....  
Yes, at least once every two years .....  
Yes, but at intervals of more than two years .....

### Physical activity

Please indicate the level of your physical activity on a scale from very low to very high. The scale below goes

from 1-10. By physical activity we mean both work in and outside the home, as well as training/exercise and other physical activity, such as walking, etc.. Put a ring around the number that best describes your level of physical activity.

Age	Very low									Very high
30 years	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Today	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

How many hours per day do you walk or stroll outdoors at mean?

	Less than ½ hour	½-1 hour	1-2 hours	more than 2 hours
Winter				
Spring				
Summer				
Autumn				

Do you work outdoors in relation to your job?....Yes  
.....No

If yes:  
For how many hours per week?..... summer  
....winter

**Height and weight**

How tall are you? .....cm

How much do you weigh at the moment? .....kg

**Diet**

We are interested in finding out about your usual eating habits. For each question, tick how often in the last twelve months you have eaten the food in question, and how much you usually eat/drink each time.

How many glasses of each kind of milk do you usually drink? (Tick one box on each line).

	Never/	1-4	5-6/	1/	2-3/	4+/ seldom
		wk	wk	day	day	day
Full cream						
milk (sweet, sour)						
Semi-skimmed						
milk (sweet, sour)						
Skimmed milk						
(sweet, sour)						

How many cups of each kind of coffee do you usually drink? (Tick one box on each line)

Never/	1-6	1/	2-3/	4-5/	6-7/	8+/ seldom
	week	day	day	day	day	day

- Boiled coffee (kokekaffe)
- Filter coffee
- Instant coffee

How many glasses of juice, limonade and soft drinks do you usually drink? (Tick one box on each line)

Never/	1-4	5-6/	1/	2-3/	4+/ seldom
	wk	wk	day	day	day

- Orange juice
- Lemonade/soft drinks with sugar
- Sugarfree lemonade/soft drinks

How often do you eat yoghurt (equivalent to 1 carton)? (Tick one box only)

..... never/seldom ..... 1/wk..... 2-3/wk.....4+/wk

How often on average in the last twelve months have you eaten cereals, oat flakes or muesli? (Tick one box only)

..... never/hardly ever ..... 1-3/wk ..... 4-6/wk ..... 1/day

How many slices of bread/rolls and crispbread do you normally eat? (1/2 roll = 1 slice of bread) (Tick one box on each line)

Never/	1-4/	5-7/	2-3/	4-5/	6+/ seldom
	wk	wk	day	day	day

- Wholemeal bread
- White bread
- Crispbread, etc.

Below are some questions on use of various kinds of sandwich filling/spread. We want to know how many slices of bread with these fillings/spreads you usually eat. If you also use these products on other things than bread (e.g., on waffles, in breakfast cereals, porridge), please take this into account when answering the questions.

How many slices of bread do you eat with? (Tick one box on each line)

0/	1-3/	4-6/	1/	2-3/	4+/ wk
	wk	wk	day	day	day

- Jam and other sweet fillings/spreads
- Brown (goat's and cow) cheese, full cream
- Brown (goat's and cow) cheese, reduced fat
- White cheese, full cream
- White cheese, reduced/low-fat
- Meat fillings/spreads, liver paté

Some questions regarding fish fillings/spreads.

On how many slices of bread per week on average in the

last twelve months have you eaten with? (Tick one box on each line)

0/ 1/ 2-3/ 4-6/ 7-9/ 10+/  
wk wk wk wk wk wk

Mackerel in tomato sauce,  
smoked mackerel  
Caviar  
Other fish fillings/spreads

What kind of fat do you usually spread on your bread? (Tick more than one box if necessary)

..... I do not use fat on bread  
..... butter  
..... hard margarine (e.g., Per, Melange)  
..... soft margarine (e.g., Soft)  
..... margarine/butter mix (e.g., Bremykt)  
..... Brelett  
..... low-fat margarine (e.g., Soft light, Letta)

If you use fat on your bread, how thick a layer do you usually spread on it? (An individual catering pack of margarine weighs 12g). (Tick one box only)

.... very thin scraping (3g) ..... thin layer (5g)  
..... well-covered (8g) ..... thick layer (12g)

How often do you eat fruit? (Tick one box per line only)

Never/ 1-3/ 1/ 2-4/ 5-6/ 1/ 2+/  
seldom mth wk wk wk day day

Apples/pears  
Oranges, etc.  
Bananas  
Other fruit  
(e.g., grapes, peaches)

How often do you eat various kinds of vegetables? (Tick one box per line)

Never/ 1-3/ 1/ 2/ 3/ 4-5/ 6-7/  
seldom mth wk wk wk wk wk

Carrots  
Cabbage  
Turnip  
Broccoli/cauliflower  
Mixed salad  
Mixed vegetables  
(frozen)  
Other vegetables

For the vegetables you eat, tick how much you eat each time. (Tick one box for each kind)

- carrots .....1/2 .....1 .....1 1/2 .....2+  
- cabbage .....1/2dl .....1dl .....1 1/2dl .....2+dl  
- turnip .....1/2dl .....1dl .....1 1/2dl .....2+dl  
-broccoli/cauliflower .....1-2 rosette(s) .....3-4 rosettes  
.....5+ rosettes  
- mixed salad .....1dl .....2dl .....3dl .....4+dl  
- mixed vegetables .....1/2dl .....1dl .....2dl .....3+dl

How many potatoes do you usually eat (boiled, fried, mashed)? (Tick one box)

..... I do not/I seldom eat potatoes  
..... 1-4/wk .....5-6/wk  
..... 1/day ..... 2/day  
..... 3/day .....4+/day

How often do you eat rice and spaghetti/macaroni? (Tick one box on each line)

Never/seldom 1-3/mth 1/wk 2/wk 3+/wk

Rice  
Spaghetti,  
macaroni

How often do you eat rice porridge? (Tick one box only)

..... never/seldom ..... 1/mth .....2-3/mth ..... 1+/wk

What kind of fat is usually used for cooking in your household? (You may tick several boxes)

..... butter  
..... hard margarine (e.g., Per, Melange)  
..... soft margarine (e.g., Soft)  
..... butter/margarine mix (e.g., Bremykt)  
..... soya oil ..... olive oil ..... corn/maize oil

## Fish

We would like to know how often you eat fish. Please fill in answers to the questions on fish consumption as fully as possible. The availability of fish may vary throughout the year. Please indicate in which seasons you eat the different kinds of fish.

Never/ Same amount Winter Spring Summer Autumn  
seldom all year

Cod, saithe,  
halibut, pollack  
Wolffish, flounder,  
redfish  
Salmon, trout  
Mackerel  
Herring

In the periods of the year when you eat fish, how often do you usually eat the following? (Tick one box per line)

Never/ 1/mth 2-3/mth 1/wk 2/wk 3+/wk  
seldom

Boiled cod, saithe,  
halibut, pollack  
Fried cod, saithe,  
halibut, pollack  
Wolffish,  
flounder, redfish  
Salmon, trout  
Mackerel  
Herring

If you eat fish, how much do you usually eat each time? (1 slice/piece = 150g) (Tick one box on each line)

- boiled fish (slice).....1 .....1.5 .....2 .....3+  
- fried fish (piece).....1 .....1.5 .....2 .....3+

How many times per year do you eat the following?  
(Tick one box only per line)

0 1-3 4-6 7-9 10+

Roe

Fish liver

If you eat fish liver, how many tablespoonfuls do you usually take each time? (Tick one box only)

.....1 .....2 .....3-4 .....5-6 .....7+

How often do you eat the following kinds of fish dish? (Tick one box only per line)

Never/ 1/mth 2-3/mth 1/wk 2+/wk  
seldom

Fishcakes/pudding/  
balls

Fish stew, fish pie

Fried fish (in batter),  
fish fingers

Other fish dishes

How much do you usually eat of the various dishes?  
(Tick one box only on each line)

Fishcakes/pudding/balls (pcs.)

(2 fish balls = 1 fishcake).....1 .....2 .....3 .....4+

Fish stew, fish pie (dl).....1-2 .....3-4 .....5+

Fried fish (in batter),

fish fingers (pcs.) .....1-2 .....3-4 .....5-6 .....7+

How often do you eat shellfish (e.g., shrimp, crab)?  
(Tick one box only)

..... never/seldom ..... 1/mth ..... 2-3/mth .....1+/wk

In addition to information regarding fish consumption, it is important to gather information on the accompaniments served with fish. How often do you use the following together with fish? (Tick one box per line only)

Never/ 1/mth 2-3/mth 1/wk 2+/wk  
seldom

Melted or solid  
margarine/butter

Clotted cream (35%)

Reduced-fat cream (20%)

Sauce containing fat (white/brown)

Non-fat sauce (white/brown)

For the various kinds of accompaniments you eat with fish, please tick how much you would normally eat.

Melted or solid

margarine/butter (tbs) .....1/2 .....1 .....2-3 .....4+

Clotted cream (tbs) .....1/2 .....1 .....2-3 .....4+

Reduced-fat cream (tbs).....1/2 .....1 .....2-3 .....4+

Sauce containing fat (dl).....1/4 .....1/2.....3/4 .....1 .....2+

Non-fat sauce (dl) .....1/4 .....1/2 .....3/4.....1 .....2+

## Other foodstuffs

How often do you usually eat the following meat and poultry dishes? (Tick only one box for each dish)

Never/ 1/mth 2-3/mth 1/wk 2+/wk  
seldom

Steak (cow, pork, mutton)

Chops

Beef

Meat balls, patties

Sausages

Stews, hash

Pizza with meat

Chicken

Other meat dishes

If you eat the following dishes, how much do you usually eat? (Tick one box per line)

Steak (slices) .....1 .....2 .....3 .....4+

- Chops (pcs.) .....1/2 .....1 .....1.5 .....2+

- meat balls, - cakes (pcs.) .....1 .....2 .....3 .....4+

- sausages (pcs. a 150g) .....1/2 .....1 .....1.5 .....2+

- stew, hash (dl) .....1-2 .....3 .....4 .....5+

- pizza with meat (pcs a 100g) .....1 .....2 .....3 .....4+

How many eggs do you normally eat in the course of a week (fried, boiled, scrambled, omelettes)? (Tick one box)

.....0 .....1 .....2 .....3-4 .....5-6 .....7+

Please provide a summary of the main dishes you eat for dinner. Tick the box that indicates how often on average over the last twelve months you have eaten this kind of food for dinner.

5+/ 4/ 3/ 2/ 1/ 2-3/ 1/ Hardly  
wk wk wk wk wk mth mth ever

Cut of meat

Minced meat

Fat fish (mackerel, salmon, etc.)

Lean fish (cod, etc.)

Fish dish

How often do you eat ice cream (for dessert, ice lollies, etc.)?

(Tick once to indicate how often you eat ice cream in summer, and once for the rest of the year)

Never/ 1-3/mth 1/wk 2-3/wk 4+/wk  
seldom

- in summer

- rest of the year

How much ice cream do you normally eat each time?  
(Tick one box)  
.....1dl      .....2dl      .....3dl      .....4+dl

How often do you eat sweet buns, cakes, Danish  
pastry, waffles, etc. (Tick one box)  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-3/wk 4-6/wk 7+/wk  
seldom

Yeast baking

Cakes

Pancakes

Waffles

(Sweet) biscuits

How often do you eat dessert? (Tick one box)  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-3/wk 4-6/wk 7+/wk  
seldom

Pudding

(chocolate, caramel)

Ricecream ,mousse

Stewed or tinned fruit

How often do you eat chocolate? (Tick one box)  
..... never/seldom      ..... 1-3/mth      ..... 1/wk  
.....2-3/wk      ..... 4-6/wk      ..... 1+/day

If you eat chocolate, how much do you usually eat  
each time? Use the size of a Kvikk-Lunsj (Kit-Kat) as a guide,  
and indicate how much you eat in relation to that) (Tick one box)  
.....1/4      .....1/2      .....3/4      .....1      .....1.5      .....2+

How often do you eat salty snacks? (Tick one box)  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-3/wk 4-6/wk  
7+/wk seldom

Potato crisps

Peanuts

### Preparation methods

Do you have a microwave oven?      .....Yes      .....No

If Yes, how many times a week do you use the  
microwave for:  
times per week  
cooking dinner?  
other purposes?

Which colour do you prefer on the roasted crust?  
.... Light brown      .....Medium      .....Dark brown

How often do you eat fried or grilled food?  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-3/wk 4-6/wk  
7+/wk seldom  
Dark meat  
(steak etc.)

Light meat  
(chicken etc.)  
Minced meat  
(meat balls etc.)  
Bacon  
Fish

Do you use the frying fat or gravy after the frying?  
.... no, never      ..... now and then  
.... usually      ..... yes, always

### Cod liver oil and fish oil capsules

Do you use cod liver oil (liquid)      .... yes      .... no

If yes, how often do you use it?(Tick one box for each line)  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-6/wk daily  
seldom  
- in the winter  
- the rest of the year

How much cod liver oil do you usually take at one time?  
.....1ts      .....1/2ts      .....1+ts

Do you use cod liver oil pills/capsules?      ...yes      ...no

If yes, how often do you take cod liver oil pills/capsules?  
(Tick one box for each line)  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-6/wk daily  
seldom  
-in the winter  
-the rest of the year

Which type of cod liver oil pills/capsules do you usually  
use, and how many do you use to take each time?  
yes      number each time

Møllers cod liver oil capsules

Møllers omega-3 capsules

Møllers double

Other, name.....

Do you use fish oil capsules?      ....yes      ....no

If yes, how often do you take fish oil capsules?  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-6/wk daily  
seldom

Which kind of fish oil capsules do you usually use, and  
how many do you use to take each time?  
yes      number each time

Triomar

Almarin

Nycomed omega-3

Other, name.....



**Dietary supplements**

Do you use other dietary supplements? (eg vitamins, minerals?) ....yes ....no

If yes, how often do you take such supplements?  
Never/ 1-3/mth 1/wk 2-6/wk daily  
seldom

Brand name:.....

**Alcohol**

Are you a teetotaler? .....Yes .....No

If No, how often and how much have you drunk on average in the last twelve months? (Tick one box on each line)

Never/ 1/ 2-3/ 1/ 2-4/ 5-6/ 1+/  
seldom mth mth wk wk wk day

Beer (1/2l)  
Wine (glasses)  
Spirits (shorts/cocktails)

**Sunbathing**

Do you get freckles when you sunbathe?  
.... yes ....no

How many moles do you have all together on both arms (from fingertips to shoulders)?  
....0 ....1-10 ....11-50 ....51+

How many irregularly shaped moles larger than 5mm do you have in total on both arms (from fingertips to shoulders) [both legs (between the toes and the groin)]? Three examples of moles larger than 5mm are shown below.  
.....0 .....1 .....2-3 .....4-6 .....7-12 .....13-24 .....25+

How many small, regular moles do you have all together on both arms (from fingertips to shoulders)?  
.... 0 ....1-10 ....11-50 ....51+

What is your original hair colour?  
.....dark brown, black .....brown .....blonde, fair .....red

To study the effect of sunbathing on risk for skin cancer we ask you to give information about your skin colour. Tick on the colour that best matches your skin colour (without sunbathing).

(coloured scale 1-10)

How often do you shower or take a bath?  
1+/ 1/ 4-6/ 2-3/ 1/ 2-3/ Seldom/  
day day wk wk wk mth never  
With soap/shampoo  
Without soap/shampoo

How many times per year have you been sunburnt to the extent that you skin has become irritated and blistered, and peeled afterwards? (One tick for each age-group)  
Year Never Max once 2-3 times 4-5 times 6 or more  
pr. year pr. year pr. year times/year

1991-94  
1995-98

How many weeks on average per year have you taken sunbathes in southern Europe?  
Year Never 1 week 2-3 weeks 4-5 weeks 7 weeks  
or more

1991-94  
1995-98

How many weeks on average per year have you taken sunbathes in Norway or other places except southern Europe?  
Year Never 1 week 2-3 weeks 4-5 weeks 7 weeks  
or more

1991-94  
1995-98

When do you use cream with sun screen? (more than one tick possible)  
....At Easter ....in Norway or outside southern Europe?  
....sunbathing in southern Europe

Which sun factors do/did you use in these periods?  
Easter Norway/ sunbathing in  
not south Europe south Europe  
-today  
-ten years ago

Which sun screen brands do you use? (factor if you remember)  
yes factor yes factor  
Piz Buin Cosmica  
Ambre Solaire Natusan  
HTH Delial  
Others, name.....

How often have you sunbathed in a solarium?  
Years Never Seldom 1/mth 2/mth 3-4/mth More than  
once pr week  
1991-94  
1995-98

Finally we would ask about your permission to contact you again per post. We will get your address from the central person registry. ....yes ....no