

Først nogle spørgsmål om dig selv og din familie

1. Køn

Pige Dreng

2. Alder

16 år 17 år 18 år 19 år 20 år



Hvis du **ikke** går i skole eller er under uddannelse, gå til spørgsmål 4

3. Hvis du går i skole eller er under uddannelse, hvilken skole eller uddannelse går du så på (kun et kryds)?

Grundskole (9.-10. klasse)

Alm. folkeskole Privat skole Efterskole

Gymnasial uddannelse

Alm. gymnasium Hf Handelsgymnasium (Hh/Hhx) Teknisk gymnasium (Htx)

Erhvervsuddannelse

Grundforløb (f.eks. teknologi og kommunikation, fra jord til bord eller HG)

På Teknisk skole På Handelsskole

Lærling/i skolepraktik (f.eks. elektriker, murer, datamekaniker, salgsassistent eller dekoratør)

På Teknisk skole På Handelsskole

Landbrugsuddannelse

Social- og sundhedsskolerne

Social- og sundhedsuddannelserne

Videregående uddannelse

Kort videregående uddannelse, under 3 år
(f.eks. laborant, markedsføringsøkonom, installatør eller produktionsteknolog)

Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år
(f.eks. sygeplejerske, diplomingeniør, folkeskolelærer, socialrådgiver eller pædagog)

Lang videregående uddannelse, over 4 år
(f.eks. læge, gymnasielærer, civilingeniør eller biolog)

Andet: _____



Gå til spørgsmål 5

4. Hvis du **ikke** går i skole eller er i gang med en uddannelse, hvad laver du så? (gælder **ikke** fritidsarbejde)

Erhvervsarbejde

Soldat. Værnepligtig/på kontrakt

Arbejdsløs/under aktivering

Under revalidering eller lignende

Langtidssygemeldt

Andet, f.eks. sabbatår

5. Hvem bor du sammen med?*(gerne flere krydser)*

- | | | |
|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mor | <input type="checkbox"/> Stedfar | <input type="checkbox"/> Andre, f.eks. i kollektiv, på kollegium/
skolehjem |
| <input type="checkbox"/> Stedmor | <input type="checkbox"/> Søskende | <input type="checkbox"/> Venner |
| <input type="checkbox"/> Far | <input type="checkbox"/> Kæreste/ægtefælle | <input type="checkbox"/> Ingen, jeg bor alene |

6. Er dine forældre skilt/separeret/flyttet fra hinanden? Ja Nej **7. Hvad er din mors og fars højeste uddannelse?***(hvis du har mest kontakt med din stedmor/stedfar, angives hendes/hans uddannelse – kun ét kryds i hver kolonne)***Mor Far**

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7 år eller færre års skolegang |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8-10 års skolegang |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Specialarbejder <i>(f.eks. rengøringsass., chauffør, postarbejder, dagplejemor)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lærlingeuddannelse eller anden faglig uddannelse <i>(f.eks. tømreruddannelse, social- og sundhedsudd., landbrugsudd.)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gymnasial uddannelse <i>(gymnasium, hf, hh)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kort videregående uddannelse, under 3 år <i>(f.eks. laborant, markedsøkonom, elinstallatør eller maskintekniker)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år <i>(f.eks. sygeplejerske, folkeskolelærer, socialrådgiver eller pædagog)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lang videregående uddannelse, over 4 år <i>(f.eks. læge, gymnasielærer, civilingeniør eller biolog)</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ved ikke |
| <input type="checkbox"/> | | Andet: _____ |
| <input type="checkbox"/> | | Andet: _____ |

8. Hvilken religiøs baggrund har du?

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Protestantisk
<i>(Den Danske Folkekirke)</i> | <input type="checkbox"/> Jødisk | <input type="checkbox"/> Ikke troende |
| <input type="checkbox"/> Katolsk | <input type="checkbox"/> Buddhistisk | <input type="checkbox"/> Ved ikke |
| <input type="checkbox"/> Islamisk | | <input type="checkbox"/> Anden, hvilken _____ |

9. Er din far født i Danmark ?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja → gå til spg. 10 | <input type="checkbox"/> Nej → gå til spg. 9a | <input type="checkbox"/> Ved ikke → gå til spg. 10 |
|--|---|--|

9a. I hvilket land er din far født?

_____ Ved ikke

10. Er din mor født i Danmark ?

Ja → gå til spg. 11

Nej → gå til spg. 10a

Ved ikke → gå til spg. 11

10a. I hvilket land er din mor født?

_____ Ved ikke

11. I hvilket land er du født?

Krop og helbred

12. Hvad er din højde uden sko?

Angiv i centimeter (kun hele tal):

--	--	--	--

cm

13. Hvad vejer du?

Angiv i kg (kun hele tal):

--	--	--	--

Kg

13a. Er du tilfreds med, hvad du vejer ?

Ja → gå til spørgsmål 14

Nej

Ved ikke

13b. Vil du gerne veje mindre eller mere ?

--	--

 kg mindre
(kun hele tal)

--	--

 kg mere
(kun hele tal)

Ved ikke

14. Hvordan vil du vurdere dit nuværende helbred?

- Virkelig godt
- Godt
- Nogenlunde
- Dårligt
- Meget dårligt

15. Hvordan vil du vurdere din fysiske form?

- Virkelig god
- God
- Nogenlunde
- Dårlig
- Meget dårlig

16. Har du inden for de sidste 14 dage været generet af nogle af nedenfor nævnte former for smerter eller ubehag?

(Ét kryds i hver linje)

	meget generet af	lidt generet af	næsten ikke generet af	slet ikke generet af
Smerter eller ubehag i skuldre eller nakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hovedpine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hurtig hjertebanken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Søvnbesvær, søvnproblemer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Træthed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mavesmerter, ondt i maven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fordøjelsesbesvær, tynd/hård mave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eksem, hududslet, kløe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forkølelse, snue, hoste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Åndedrætsbesvær, forpustethed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Været irriteret	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Daglige aktiviteter



Hvis du **ikke** har arbejde eller fritidsarbejde, gå til spørgsmål 18

Arbejde

17. Hvor lang tid bruger du normalt pr. uge på følgende arbejde?

(Besvar hver linje. Svar 0 timer, hvis du normalt **aldrig** bruger tid på det givne arbejde. **Angiv kun hele antal timer**)

	timer	
Meget anstrengende fysisk aktivitet som f.eks. tunge løft, bære tunge ting, bygge eller gravearbejde.....	<input type="text"/>	pr. uge
Jævn fysisk aktivitet som at løfte eller bære lette ting.....	<input type="text"/>	pr. uge
Stillesiddende arbejde f.eks. ved arbejdsbord eller computer.....	<input type="text"/>	pr. uge
17a. Hvor mange timer arbejder du i alt i gennemsnit pr. uge?.....	<input type="text"/>	pr. uge

Fritidsaktiviteter

18. Hvor lang tid bruger du normalt pr. uge på fysisk aktivitet i fritiden, - alt fra dans og skateboard til idræt i en klub og konkurrencesport? (medregn *ikke* din fysiske aktivitet på arbejde, ved transport og idræt i skolen)

timer pr. uge (kun hele tal)

Bruger normalt **aldrig** tid på fysisk aktivitet i fritiden → gå til spørgsmål 19

- 18a. Hvordan opfatter du den fysiske aktivitet, du normalt laver i fritiden?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig
 Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig
 Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig

Transport

19. Hvor mange dage på en normal uge transporterer du dig selv til skole/arbejde på f.eks. cykel, rulleskøjter, skateboard eller til fods?

aldrig eller mindre end én gang om ugen → gå til spørgsmål 20

1 dag 2 dage 3 dage 4 dage 5-7 dage

Når du går, cykler eller ruller til skole/arbejde, hvor lang tid tager det dig så hver vej?

minutter (kun hele tal)

- 19a. Hvordan opfatter du normalt din gå-, cykel- eller rulletur til skole/arbejde?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig
 Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig
 Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig

➡ Hvis **ikke** du går i skole eller er i gang med anden uddannelse, gå til spørgsmål 21

Skole og uddannelse

20. Hvor mange idrætstimer har du normalt pr. uge i skolen eller på anden uddannelse? (hele tal)

timer pr. uge (kun hele tal)

- 20a. Hvordan opfatter du normalt idrætstimerne?

- Anstrengende fysisk aktivitet, som får dig til at blive meget forpustet eller svedig
 Jævn fysisk aktivitet, som får dig til at blive lettere forpustet eller en smule svedig
 Let fysisk aktivitet, som ikke får dig til at blive specielt forpustet eller svedig

21. Hvis vi ser på det sidste halve år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af dine fysiske aktiviteter i fritiden?

- Jeg træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen
(f.eks. konkurrencesvømmer, håndbold/fodbold på konkurrenceplan)
- Jeg dyrker motionsidræt eller har tungt arbejde mindst 4 timer pr. uge
(f.eks. motionsløb, styrketræning, aerobic 1-2 gange ugentligt, tungt bygge- eller gravearbejde)
- Jeg spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer pr. uge
(transport til og fra arbejde)
- Jeg bruger tiden på at læse, se fjernsyn, spille computer eller anden stillesiddende beskæftigelse

22. Hvad er de væsentligste grunde til, at du dyrker idræt?

(sæt max. tre krydser)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kammeratskabet | <input type="checkbox"/> Konkurrencen | <input type="checkbox"/> For at tabe mig |
| <input type="checkbox"/> Afstresning | <input type="checkbox"/> For at blive professionel | <input type="checkbox"/> Det styrker selvtilliden |
| <input type="checkbox"/> Det er dejligt | <input type="checkbox"/> Det er "in" | <input type="checkbox"/> Andet _____ |
| <input type="checkbox"/> Det er sundt | | |

23. Tænk tilbage på de sidste 7 dage. Hvor mange gange har du dyrket idræt (træning, kamp eller stævne) i en idrætsforening eller -klub?

- 0 gange 1 gang 2 gange 3 gange 4 gange 5 gange eller flere

23a. Tænk tilbage på de sidste 7 dage. Hvor mange gange har du i forbindelse med idræt (træning, kamp eller stævne) spist eller drukket følgende?

(Sæt ét kryds i hver linje. Angiv kun det du har spist eller drukket i klubben, cafeteriet, hallen eller lignende umiddelbart før eller efter idrætten)

	0 gange	1 gang	2 gange	3 gange	4 gange	5 gange eller flere
fast food, f.eks. pizza/burger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frugt eller grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slik/chokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cola/sodavand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Hvis dine venner kaldte dig for noget af følgende, hvor enig ville du så være?

(Ét kryds i hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Sporty type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poppige/ popdreng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hip hopper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karriereminded	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bodybuilder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stille dreng/pige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Techno freak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computernørd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Religiøs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hippie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meget almindelig, ikke nogen special type	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ryging

25. Ryger du?

- Ja, hver dag → gå til spørgsmål 27
- Ja, mindst én gang om ugen → gå til spørgsmål 28
- Ja, men sjældnere end hver uge → gå til spørgsmål 29
- Nej, jeg ryger ikke

26. Har du røget tidligere?

- Ja, men jeg holdt op for mindre end 12 måneder siden
- Ja, men jeg holdt op for mere end 12 måneder siden
- Ja, men jeg har bare røget nogle få gange
- Nej, jeg har aldrig røget → gå til spørgsmål 34



Hvis du **aldrig** har røget, går du direkte til spørgsmål 34
Ellers går du til næste spørgsmål

27. Hvor mange cigaretter ryger/røg du dagligt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ryger/røg ikke cigaretter hver dag | <input type="checkbox"/> 15-19 cigaretter |
| <input type="checkbox"/> 1-4 cigaretter | <input type="checkbox"/> 20-24 cigaretter |
| <input type="checkbox"/> 5-9 cigaretter | <input type="checkbox"/> 25-29 cigaretter |
| <input type="checkbox"/> 10-14 cigaretter | <input type="checkbox"/> 30 cigaretter eller derover |

28. Hvor gammel var du, da du begyndte at ryge mindst en gang om ugen?

 år

Har aldrig røget mindst en gang om ugen

Husker ikke

29. Ryger/røg du andet end cigaretter?

nej

g pibetobak om ugen

antal cerutter om ugen

antal cigarer om ugen

30. Får du i dag nikotin på andre måder?

(gerne flere krydser)

Nej

Ja, jeg bruger nikotintyggegummi

Ja, jeg bruger nikotinplaster

Ja, jeg bruger andre nikotinpræparater fra apoteket

31. Har du inden for det seneste år forsøgt at holde op med at ryge eller at nedsætte dit tobaksforbrug?

(gerne flere krydser)

Ja, jeg har forsøgt at holde op

Ja, jeg har forsøgt at nedsætte tobaksforbruget

Jeg er holdt op med at ryge

Nej



Hvis du er holdt op med at ryge, går du til spørgsmål 34.

Hvis du stadig ryger, går du til næste spørgsmål.

32. Vil du gerne holde op med at ryge?

Ja

Nej

Ved ikke

33. Har du konkrete planer om at holde op med at ryge?

Ja, inden for den kommende måned

Ja, om 1-6 måneder

Ja, længere ude i fremtiden

Nej, har ikke planer om at holde op med at ryge

Ved ikke



De næste spørgsmål besvares af alle.

34. Ryger din.....?

(Ét kryds i hver linie. Hvis du ikke har følgende familiemedlemmer, sætter du kryds i "Har ikke")

	Ja	Nej	Har ikke
a. Mor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Stedmor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Far	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Stedfar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Mindst en af dine søskende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kæreste/samlever/ægtefælle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Bedste ven eller veninde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Synes du, at rygning på følgende steder skal være:

(Ét kryds i hver linie)

	Tilladt overalt	Begrænset til enkelte områder	Helt forbudt
a. Folkeskoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Efterskoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Handelsskoler, gymnasier, tekniske skoler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Arbejdspladser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. På hospitaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. I tog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. På cafeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. På restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. I butikcentre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. I Idrætsklubber/sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. I børnehaver/vuggestuer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. På net-caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Er du udsat for passiv rygning på nogle af følgende steder:

	Ja	Nej	Kommer der ikke
Din skole/uddannelsesinstitution	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din arbejdsplads (gælder ikke fritidsarbejde)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dit hjem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Idrætsklubber/sportshaller	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caféer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restauranter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

37. Har du nogensinde røget vandpibe?

- Nej
- Ja, en enkelt gang
- Ja, flere gange
- Ja, ryger det mindst en gang om ugen

37a. Har du nogensinde prøvet snus/skrå?

- Nej
- Ja, en enkelt gang
- Ja, flere gange
- Ja, tager det mindst en gang om ugen

Alkohol

38. Hvor mange genstande drak du på hver af dagene i sidste uge?

(HUSK: Kun hele tal, - rund op, hvis det er nødvendigt. Skriv 0 hvis du ikke drak øl/vin/spiritus den pågældende dag)

- Mandag genstande
- Tirsdag genstande
- Onsdag genstande
- Torsdag genstande
- Fredag genstande
- Lørdag genstande
- Søndag genstande

Med "alkohol" menes alt, der indeholder alkohol, - såsom øl, vin, spiritus mv.

1 alm. øl = 1 genstand
 1 stærk øl = 1,5 genstand
 1 glas vin = 1 genstand
 1 flaske vin = 6 genstande
 4 cl spiritus = 1 genstand
 1 sodavandsprodukt med alkohol (f.eks. Barcardi Breezer, Smirnoff ice)= 1,5 genstand

- Drikker slet ikke alkohol → gå til spørgsmål 48
- Drikker alkohol, men drak ikke i sidste uge

39. Hvor gammel var du, da du drak en hel øl, et glas vin eller spiritus første gang?

år

40. Hvor gammel var du, da du var fuld første gang?

år

- Har aldrig været fuld

41. Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Ved hvor mange lejligheder (fester, sammenkomster eller lignende) har du drukket?

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10+ gange
De sidste 30 dage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Tænk tilbage på de sidste 30 dage. Ved hvor mange lejligheder (fester, sammenkomster eller lignende) har du:

(Ét kryds i hver linje)

	0 gange	1-2 gange	3-5 gange	6-9 gange	10+ gange
a. Drukket alm. øl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Drukket stærk øl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Drukket vin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Drukket sodavandsprodukter med alkohol (f.eks. Barcardi Breezer, Smirnoff ice)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Drukket spiritus (f.eks. rom, gin, tequilla)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Drukket mere end 5 genstande?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Været fuld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Hvor meget drak du, sidst du var fuld?

(Angiv kun hele tal)

alm. øl

stærk øl

glas vin/champagne mm.

glas spiritus (ca. 4 cl)

Kan ikke huske det

44. Drikker dine forældre alkohol på hverdage?

- Dagligt
 Næsten dagligt
 Enkelte dage
 Aldrig

45. Drikker dine forældre alkohol i weekenden?

- Hver weekend
 Næsten hver weekend
 Enkelte weekender
 Aldrig

46. Har du nogensinde været fuld i selskab med dine forældre?

- Ja
 Nej
 Ved ikke

47. Har du nogensinde haft et eller flere af følgende problemer, fordi du har drukket alkohol?
(Ét kryds i hver linje)

	Aldrig	I gang	2 gange	3 el. flere gange
a. Skænderier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Slagsmål	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Involveret i ulykke/uheld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Mistet penge eller andre ting af værdi for dig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Fået ødelagt ting eller tøj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Problemer med dine forældre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Problemer med dine venner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Problemer i forhold til dine lærere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Nedsat din præsentation i skolen eller på fritidsarbejdet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Har haft samleje, selv om du ikke ønskede det	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kørt motorcykel/bil under påvirkning af alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Været udsat for røveri eller tyveri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Problemer med politiet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Været på hospitalet eller skadestue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Taget euforiserende stoffer du <u>ikke</u> ville have taget, hvis du var ædru – hash, ecstasy, heroin el. lign.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Synes du, at der bør være en alkoholpolitik på skoler?

Ja Nej Ved ikke

49. Synes du, at der skal være en alkoholpolitik på arbejdspladser?

Ja Nej Ved ikke

Stoffer

50. Har du nogensinde prøvet et eller flere af følgende stoffer?

(Ét kryds i hver linje)

	Ja, inden for den seneste måned	Ja, inden for det seneste år (men ikke inden for den seneste måned)	Ja, tidligere (men ikke inden for det seneste år)	Nej, har aldrig prøvet stoffet
a. Hash (pot, marihuana)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Amfetamin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Rygeheroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Psilocybin-svampe (euforiserende svampe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Snifning af opløsningsmidler eller lightergas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Andre stoffer - hvilke: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➡ Hvis du aldrig har prøvet nogen af ovenstående stoffer, gå til spørgsmål 54

51. Hvis du har røget hash (pot, marihuana) inden for den seneste måned, hvor mange dage har du så røget det?

- dagligt eller næsten dagligt
 flere gange om ugen
 mindst én gang om ugen
 sjældnere end én gang om ugen

52. Hvis du har prøvet at ryge hash, hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?

år

53. Hvis du har prøvet andre stoffer end hash, f.eks. amfetamin, ecstasy eller kokain, hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?

år

54. Er der nogen i din omgangskreds, der har prøvet at ryge hash?

- Nej
- Æn
- 2-4
- 5 eller flere
- Ved ikke

55. Er der nogen i din omgangskreds, der har prøvet et eller flere af andre stoffer end hash, såsom amfetamin, ecstasy, kokain etc.?

- Nej
- Æn
- 2-4
- 5 eller flere
- Ved ikke

56. Er der nogen i din nærmeste familie, der har prøvet at ryge hash?

- Nej
- Æn
- 2-4
- 5 eller flere
- Ved ikke

57. Er der nogen i din nærmeste familie, der har prøvet et eller flere af andre stoffer end hash, såsom amfetamin, ecstasy, kokain etc.?

- Nej
- Æn
- 2-4
- 5 eller flere
- Ved ikke

58. Hvor meget tror du, man risikerer at skade sig selv (fysisk eller på anden måde), hvis man:

(Æt kryds i hver linje)

	Ingen risiko	Lille risiko	Nogen risiko	Stor risiko	Ved ikke
Ryger en eller flere pakker cigaretter om dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drikker 5 eller flere genstande en eller flere gange hver weekend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bruger snus dagligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryger vandpibe en eller flere gange om ugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryger hash (pot, marihuana) jævnligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøver kokain eller crack en eller to gange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prøver ecstasy en eller to gange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Hvor enig er du i følgende udsagn?

(Æt kryds i hver linje)

	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig
Folk skal have lov at bruge hash, pot eller marihuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk skal have lov at tage kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folk skal have lov til at tage heroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Trivsel

60. Synes du, at din dagligdag er personligt tilfredsstillende?

- Altid
 Som regel
 Sjældent
 Aldrig

61. Føler du, at du for øjeblikket har personlige problemer, der gør det vanskeligt for dig at klare daglige gøremål?

- Ja, meget
 Ja, i nogen grad
 Slet ikke

61a. Hvis ja, skyldes de:

(gerne flere krydser)

- Skolen
 Familien
 Vennerne/mangel på venner
 Kæresten/kærestesorger
 Økonomien
 Større omvæltninger i livet som dødsfald, alvorlig sygdom, opløsning af parforhold mv.
 Andet:

62. Taler du i almindelighed med nogen om problemer?

(kun ét kryds)

- Ja, jeg taler med nogen
 Nej, jeg klarer det selv
 Nej, jeg har ikke nogen at tale med

62a. Hvis ja, hvem taler du så mest med?

(gerne flere krydser)

- Venner
 Kæresten
 Lærere
 Psykolog
 Studievejleder/kontaktlærer
 Lægen
 Forældre
 Anden familie
 Andre

63. Hvor mange nære venner har du?

(kun ét kryds)

- Har ingen nære venner
 En
 To
 Tre eller flere

64. Har du en kæreste/mand/hustru?

- Ja
 Nej

65. Hvor ofte i hverdagen føler du dig ensom?

- Meget ofte
 Ofte
 Sjældent
 Aldrig

66. Hvor tit er du sammen med dine venner i fritiden efter skoletid/arbejdstid?

- 4-5 dage om ugen
 2-3 dage om ugen
 1 dag om ugen eller sjældnere
 Har ingen venner for tiden

Hvis ikke du går i skole eller er under anden uddannelse, gå til spørgsmål 69

67. Hvis du går i skole eller er under uddannelse, hvad synes du så for tiden om det?

- Kan meget godt lide det
- Synes det er nogenlunde
- Bryder mig ikke om det
- Kan slet ikke lide det

68. Hvis du går i skole eller er under uddannelse, hvordan føler du, at du klarer dig?

- Virkelig godt
- Godt
- Hverken godt eller dårligt
- Dårligt
- Virkelig dårligt



Gå til spørgsmål 71

69. Hvis du er i arbejde (gælder ikke fritidsjob) eller står i lære, hvad synes du så om din arbejdsplads for tiden?

- Virkelig godt
- Godt
- Hverken godt eller dårligt
- Dårligt
- Virkelig dårligt

70. Hvis du er i arbejde (gælder ikke fritidsjob) eller står i lære, hvordan føler du så, at du klarer dig på din arbejdsplads?

- Virkelig godt
- Godt
- Hverken godt eller dårligt
- Dårligt
- Virkelig dårligt

71. Hvor mange hele skoledage/arbejdsdage har du mistet i de sidste 30 dage?

(Ét kryds i hver linie)

	Ingen	1 dag	2 dage	3-4 dage	5-6 dage	7 eller flere dage
På grund af sygdom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
På grund af pjæk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nu følger tre spørgsmål om, hvordan du opfatter
forventninger fra forskellige sider:

72. Hvordan opfatter du dine forældres forventninger til dig i forhold til:

(Ét kryds i hver linie)

	Deres forventninger støtter mig i høj grad	Deres forventninger støtter mig i nogen grad	Deres forventninger hverken støtter eller presser mig	Deres forventninger presser mig i nogen grad	Deres forventninger presser mig i høj grad	De har ingen forventninger på dette område
a. At du skal klare dig godt i skolen eller på dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At du skal leve sundt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At du skal skille dig ud fra mængden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At du skal have råd til en bestemt livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At du skal være social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At du skal nå mange ting i din hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. At du skal vide hvilken uddannelse/ hvilket job du gerne vil have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Hvordan opfatter du dine venner og bekendtes forventninger til dig i forhold til:

(Ét kryds i hver linie)

	Deres forventninger støtter mig i høj grad	Deres forventninger støtter mig i nogen grad	Deres forventninger hverken støtter eller presser mig	Deres forventninger presser mig i nogen grad	Deres forventninger presser mig i høj grad	De har ingen forventninger på dette område
a. At du skal klare dig godt i skolen eller på dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At du skal leve sundt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At du skal skille dig ud fra mængden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At du skal have råd til en bestemt livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At du skal være social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At du skal nå mange ting i din hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. At du skal vide hvilken uddannelse/ hvilket job du gerne vil have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

74. Hvordan opfatter du samfundets forventninger (holdninger der fremlægges i medierne) til dig i forhold til:

(Ét kryds i hver linie)

	Samfundets forventninger støtter mig i høj grad	Samfundets forventninger støtter mig i nogen grad	Samfundets forventninger hverken støtter eller presser mig	Samfundets forventninger presser mig i nogen grad	Samfundets forventninger presser mig i høj grad	Samfundet har ingen forventninger på dette område
a. At du skal klare dig godt i skolen eller på dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At du skal leve sundt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At du skal skille dig ud fra mængden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At du skal have råd til en bestemt livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At du skal være social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At du skal nå mange ting i din hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. At du skal vide hvilken uddannelse/ hvilket job du gerne vil have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. I hvor høj grad har du ambitioner på dine egne vegne om :

(Ét kryds i hver linie)

	Jeg har i høj grad ambitioner om dette	Jeg har i nogen grad ambitioner om dette	Jeg har ingen ambitioner om dette
a. At du skal klare dig godt i skolen eller på dit arbejde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. At du skal leve sundt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. At du skal skille dig ud fra mængden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. At du skal have råd til en bestemt livsstil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. At du skal være social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. At du skal nå mange ting i din hverdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. At du skal vide hvilken uddannelse/ hvilket job du gerne vil have	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Andet: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Måltider og kostvaner

76. Hvor ofte spiser du morgenmad derhjemme?

- 6-7 dage om ugen
 4-5 dage om ugen
 2-3 dage om ugen
 0-1 dag om ugen

77. Hvor ofte spiser du følgende til frokost på hverdage?

(Ét kryds i hver linje)

	5 dage om ugen	4 dage om ugen	3 dage om ugen	2 dage om ugen	1 dag om ugen eller mindre	Aldrig
Madpakke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kantinemat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mad fra grillbar/burgerbar/pizzeria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mad fra bager/kiosk/supermarked	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mad på café/restaurant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiser mad fra køleskabet derhjemme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingenting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Hvor ofte plejer du at spise aftensmad: (Ét kryds i hver linje)

	6-7 dage om ugen	4-5 dage om ugen	2-3 dage om ugen	1 dag om ugen eller mindre	Aldrig	Har ikke
- sammen med en eller flere fra din familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sammen med en eller flere af dine venner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sammen med din kæreste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- sammen med andre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

+

79. Hvor tit plejer du at spise eller drikke følgende?*(Sæt ét kryds i hver linje)**Spiser du f.eks. 3 skiver brød hver dag til frokost, så får du brød 1 gang om dagen.*

	Aldrig eller mindre end 1 gang om ugen	1 gang om ugen	2-4 gange om ugen	5-6 gange om ugen	1 gang om dagen	2 gange om dagen	3 el. flere gange om dagen
rugbrød	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pommes frites/chips	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mælk/mælkeprodukter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cola/sodavand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slik/chokolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fast food, f.eks. pizza/burger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kartofler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kogte/dampede/stegte grøntsager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
salat/råkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rå grøntsager som snack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frugt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juice (ikke saftevand)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>