

Pasient ID

Pasient-initialer

## 1. Hva er dine typiske matvaner? (kryss av alle som gjelder)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ingen spesielle restriksjoner       | <input type="checkbox"/> Jeg unngår karbohydrater                             |
| <input type="checkbox"/> Jeg er vegetarianer                 | <input type="checkbox"/> Jeg holder meg til et lavfett-kosthold               |
| <input type="checkbox"/> Jeg holder meg til en vegansk diett | <input type="checkbox"/> Jeg har laktoseintoleranse                           |
| <input type="checkbox"/> Jeg spiser glutenfritt              | <input type="checkbox"/> Andre spesialkost på grunn av intoleranser/allergier |
| <input type="checkbox"/> Jeg unngår sukker                   | <input type="checkbox"/> Andre restriksjoner                                  |

## 2. Hvor bodde du før nåværende sykehusinnleggelse?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hjemme                          | <input type="radio"/> Jeg ble overflyttet fra et annet sykehus |
| <input type="radio"/> På sykehjem eller annen boenhet | <input type="radio"/> Annet                                    |

## 3. Klarer du vanligvis å gå?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ja   | <input type="radio"/> Nei, jeg må bruke rullestol |
| <input type="radio"/> Ja, med hjelp fra noen                           | <input type="radio"/> Nei, jeg er sengeliggende   |
| <input type="radio"/> Ja, når jeg bruker stokk, rullator eller krykker |   |

## 4. Generelt, hvordan opplever du at helsen din er?

- |                                 |                           |                                  |                              |                                    |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Svært bra | <input type="radio"/> Bra | <input type="radio"/> Mindre bra | <input type="radio"/> Dårlig | <input type="radio"/> Svært dårlig |
|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------------|

## 5. I løpet av de ca 12 siste månedene før denne sykehusinnleggelsen....

- |  |                      |        |
|--|----------------------|--------|
| ....hvor mange ganger har du vært til lege?                                  | <input type="text"/> | ganger |
| ....hvor mange ganger har du vært innlagt på sykehus (akutt eller planlagt)? | <input type="text"/> | ganger |
| ...hvor mange netter har du tilbragt på sykehus?                             | <input type="text"/> | netter |

## 6. Hvor mange forskjellige legemidler tok du fast daglig (før innleggelsen)?

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> 1-2       | <input type="radio"/> Ingen    |
| <input type="radio"/> 3-5       | <input type="radio"/> Vet ikke |
| <input type="radio"/> Mer enn 5 |                                |

## 7. Har du helseforsikring?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ja, kun privat forsikring               | <input type="radio"/> Nei                     |
| <input type="radio"/> Ja, kun offentlig forsikring            | <input type="radio"/> Jeg ønsker ikke å svare |
| <input type="radio"/> Ja, både offentlig og privat forsikring |   |

## Hva veide du for 5 år siden?

 kg  Vet ikke

## 9a. Har du tapt vekt i løpet av de siste 3 månedene?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ja, med hensikt                 | <input type="radio"/> Nei, jeg har gått opp i vekt |
| <input type="radio"/> Ja, ufrivillig                  | <input type="radio"/> Vet ikke                     |
| <input type="radio"/> Nei, vekten min har vært stabil |  |

## 9b. Hvis ja, hvor mange kg har du tapt?

 kg  Vet ikke

## 10. Visste du at du skulle legges inn på sykehus to dager før innleggelsen?

 Ja  Nei

## 11. Kryss av for følgende:

- |   |                          |                           |                                |
|---|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| ...ble veid ved innleggelse                             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...ble informert om ernæringstilstanden din             | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...ble informert om alternative mattilbud               | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |
| ...fikk spesielt tilpasset mattilbud /ernæringstilskudd | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nei | <input type="radio"/> Vet ikke |

Fortsett med ark 3b

Pasient ID

Pasient-initialer

**Hvor mye har du spist i løpet av uken før du ble innlagt på sykehuset?**

- Mer enn normalt
- Normalt
- Omtrent 3/4 av normalt
- Omtrent halvparten av normalt
- Omtrent en fjerdedel eller mindre

**13. Hvor fornøyd er du med maten på sykehus?**

- Veldig fornøyd
- Fornøyd
- Nøytral
- Misfornøyd
- Svært misfornøyd
- Vet ikke

**14. Fikk du hjelp med å spise i dag?**

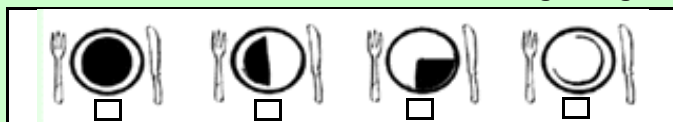
- Ja, fra familie eller venner
- Ja, fra sykehusbetjening
- Nei

**15. Spiste du uten å bli avbrudt av behandling/undersøkelse e.l. i dag?**

- Ja
- Nei

**16a. Hvor mye spiste du av lunsj eller middag som du fikk på sykehuset i dag?**

Omtrent alt      1/2      1/4      Ingenting



**16b. Porsjonsstørrelsen jeg bestilte til måltidet i dag var....**

- Standard
- Mindre/liten porsjon
- Større/stor porsjon
- Vet ikke

**17. Hvis du ikke spiste opp all maten, oppgi hvorfor: (kryss av alle som gjelder)**

- Jeg likte ikke maten som ble tilbudt
- Jeg likte ikke lukten/smaken på maten
- Maten passet ikke mine kulturelle/religiøse preferanser
- Maten var for varm
- Maten var for kald
- På grunn av matvareallergi/intoleranse
- Jeg var ikke sulten
- Jeg hadde ikke matlyst
- Jeg hadde problemer med tygging/svelging
- Jeg spiser normalt mindre enn det som ble servert
- Jeg hadde kvalme/oppkast
- Jeg var for trøtt
- Jeg kan ikke spise uten hjelp
- Jeg kunne ikke spise (skulle faste)
- Jeg var til undersøkelse/operasjon og gikk glipp av måltidet
- Jeg fikk ikke den bestilte maten

**18. Hvor mange glass/kopper har du drukket siste 24 timene av følgende?**

- Vann       Kaffe       Frukt juice       Næringsdrikker
- Te       Melk       Brus/saft       Annet

**19a. Spiste du annen mat enn sykehusmaten i dag?**

- Ja       Nei

**19b. Hvis ja, hva spiste du?**

- Søtsaker
- Salte snacks
- Hjemmelaget mat
- Frukt
- Melkeprodukter
- Mat levert/restaurant
- Brødsiver
- Andre restriksjoner

**20. Har matinntaket ditt endret seg etter du kom inn på sykehuset?**

- Spiser mer       Spiser mindre       Spiser det samme       Vet ikke

**21. I dag er dagsformen...**

- Bedre enn ved sykehusinnleggelsen
- Dårligere enn ved sykehusinnleggelsen
- Samme som ved sykehusinnleggelsen
- Kom til sykehuset i dag       Vet ikke

**22. Kan du gå uten støtte?**

- Ja
- Nei, trenger assistanse
- Nei, er sengeliggende

**23. Fikk du hjelp til å fylle ut dette spørreskjemaet?**

- Ja       Nei

Takk!