



HEALTH QUESTIONNAIRE

Please fill out your initials and your date of birth and answer the below questions by marking the alternative which fits the best. Please use a pen, not a pencil. If you answer "Yes" for a question on whether you have had a disease please state the approximate year it begun. If you have had a disease several times, please state the first time.

Initials:

Date of birth:

yr

Month

Day

Coronary diseases

Do you have or have you had any of the following?	No	Yes	Don't know	If YES, please state year it began
1. Vascular spasms (angina pectoris).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Coronary.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. High cholesterol, high levels of triglycerides).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Angina of the legs (claudication).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Thrombus of the leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cerebral haemorrhage or blood clot of the brain (stroke).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Transient ischemic attack (passing weakness, paralysis or loss of sense of feeling).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Murmur of the blood vessels of the neck or constriction of the same.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Have you received any of the following treatments?	No	Yes	Don't know	If YES, please state year it began
10. Percutaneous angioplasty (PTCA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bypass surgery.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Please continue overleaf

Medication for coronary disease	No	Yes	Don't know
---------------------------------	----	-----	------------

12. Do you use any medication for coronary disease? No Yes Don't know

If yes, what medication/s do you use?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atenolol | <input type="checkbox"/> Imdur | <input type="checkbox"/> Pramace | <input type="checkbox"/> Tenormin |
| <input type="checkbox"/> Bezalip | <input type="checkbox"/> Lanacrist | <input type="checkbox"/> Renitec | <input type="checkbox"/> Triatec |
| <input type="checkbox"/> Cardizem | <input type="checkbox"/> Lasix | <input type="checkbox"/> Salures | <input type="checkbox"/> Trombyl |
| <input type="checkbox"/> Cozaar | <input type="checkbox"/> Lipitor | <input type="checkbox"/> Seloken | <input type="checkbox"/> Waran |
| <input type="checkbox"/> Enalapril | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Simvastatin | <input type="checkbox"/> Zestril |
| <input type="checkbox"/> Fem-Mono | <input type="checkbox"/> Plendil | <input type="checkbox"/> Suscard | <input type="checkbox"/> Zocord |

Other:

Diabetes

Do you have or have you ever had?	No	Yes	Don't know	If YES, please state year it began
-----------------------------------	----	-----	------------	------------------------------------

13. Diabetes..... No Yes Don't know

If no, please go to question 16

14. Were you diagnosed with diabetes by a physician? No Yes Don't know

If yes please state year of diagnosis:

State type of diabetes:

Medication for diabetes	No	Yes	Don't know
-------------------------	----	-----	------------

15. Do you use any medication for diabetes?..... No Yes Don't know

If yes, what medication/s do you use?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Actrapid | <input type="checkbox"/> Glibenklamid | <input type="checkbox"/> Insulatard | <input type="checkbox"/> Mindiab |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|



Daonil

Glucophage

Metformin

Mixtard

Other medication:

.....

.....

Please continue overleaf



Pain

Do you have or have you ever had any of the following? **No** **Yes** **Don't know** **If YES, please state year it began**

16. Migraine/recurring headache.....

17. Joint conditions (knee and hip joint, arthrosis).....

18. Chronic rheumatoid arthritis)

If no, please continue to question 22 **No** **Yes** **Don't know**

19. Were you diagnosed with rheumatoid arthritis by a physician?.....

If yes please state year of diagnosis:

State the name of the doctor's surgery:

No **Yes** **Don't know**

20. Do you attend regular checkups by a physician for your rheumatoid arthritis?.....

State the name of the doctor's surgery:

Medication for rheumatoid arthritis **No** **Yes** **Don't know**

21. Do you use any medication for rheumatoid arthritis (*besides* painkillers)?.....

If yes, what medication/s do you use?

- Enbrel Kineret Methotrexate Remicade
- Humira Klorokinfosfat Plaquenil Salazopyrin
- Imurel Kortison Prednisolon Sandimmun

Other medication:

Please continue overleaf



Other questions	No	Yes	Don't know		
22. Do you have hepatitis or HIV?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. Do you have any other serious disease?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, please state the disease 	Year it began
24. How would you describe your general health?	Very good <input type="checkbox"/>	Pretty good <input type="checkbox"/>	Neither good nor bad <input type="checkbox"/>	Pretty bad <input type="checkbox"/>	Bad <input type="checkbox"/>

Please continue overleaf



Your contact information

Please fill out your name and phone number in case we need to contact you to clarify something or complement the health questionnaire. If you have had help filling out the questionnaire, we also need the name and phone number of the person who helped you.

The health questionnaire was filled out on date:

--	--	--	--

Yr

--	--

Month

--	--

Day

Signature and phone number:

Name: _____ Phone no.: _____

Did you have help filling out the health questionnaire? No Yes

Yes, I had help to fill out the health questionnaire by:

Name: _____ Phone no.: _____

Thank you for filling out the health questionnaire. Please send it together with the yellow form "Informed consent" in the pre-stamped return envelope to the Swedish Twin Registry.



HÄLSOENKÄT

Var vänlig och fyll i ditt namns initialer och ditt födelsedatum samt svara på följande frågor genom att kryssa i det svarsalternativ som passar bäst. Använd gärna kulspeppenna. Om du svarar Ja på en fråga om du har eller har haft en sjukdom ange ungefärligt startår. Om du har haft en sjukdom flera gånger ange första tillfället.

Initialer:

Födelsedatum:

År

Månad

Dag

Hjärt-kärlsjukdomar

Har du eller har du haft någon av följande?	Nej	Ja	Vet ej	Om Ja ange startår
1. Kärlekram i bröstet (angina pectoris).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hjärtinfarkt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. För högt blodtryck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Blodfettrubning (högt kolesterol, höga triglycerider).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kärlekram i benen (fönstertittarsjuka eller claudicatio).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Blodpropp i benet (ventrombos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hjärnblödning eller blodpropp i hjärnan (stroke eller slaganfall).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. TIA attacker (övergående svaghet, förlamningar eller bortfall av känsel).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Blåsljud på halskärnen eller förträngning av halskärl.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Har du fått någon av följande behandlingar?	Nej	Ja	Vet ej	Om Ja ange årtal
10. Ballongsprängning av förträngningar i hjärtats kranskärl (PTCA).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Kranskärlsoperation (bypass kirurgi).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var vänlig fortsätt på nästa sida



Läkemedel för hjärt-kärlsjukdomar	Nej	Ja	Vet ej
-----------------------------------	-----	----	--------

12. Använder du läkemedel för hjärt-kärlsjukdomar? Nej Ja Vet ej

Om du svarar Ja, vilket/vilka läkemedel använder du?

- | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atenolol | <input type="checkbox"/> Imdur | <input type="checkbox"/> Pramace | <input type="checkbox"/> Tenormin |
| <input type="checkbox"/> Bezalip | <input type="checkbox"/> Lanacrist | <input type="checkbox"/> Renitec | <input type="checkbox"/> Triatec |
| <input type="checkbox"/> Cardizem | <input type="checkbox"/> Lasix | <input type="checkbox"/> Salures | <input type="checkbox"/> Trombyl |
| <input type="checkbox"/> Cozaar | <input type="checkbox"/> Lipitor | <input type="checkbox"/> Seloken | <input type="checkbox"/> Waran |
| <input type="checkbox"/> Enalapril | <input type="checkbox"/> Plavix | <input type="checkbox"/> Simvastatin | <input type="checkbox"/> Zestril |
| <input type="checkbox"/> Fem-Mono | <input type="checkbox"/> Plendil | <input type="checkbox"/> Suscard | <input type="checkbox"/> Zocord |

Annat läkemedel:

Diabetes

Har du eller har du haft?	Nej	Ja	Vet ej	Om Ja ange startår
---------------------------	-----	----	--------	--------------------

13. Diabetes (sockersjuka)..... Nej Ja Vet ej

Om du svarar Nej, fortsätt till fråga 16

14. Var det av en läkare du fick diagnosen diabetes?.. Nej Ja Vet ej

Om Ja ange diagnosår:

Ange vilken typ av diabetes:

Läkemedel för diabetes	Nej	Ja	Vet ej
------------------------	-----	----	--------

15. Använder du läkemedel för diabetes?..... Nej Ja Vet ej

Om du svarar Ja, vilket/vilka läkemedel använder du?

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Actrapid | <input type="checkbox"/> Glibenklamid | <input type="checkbox"/> Insulatard | <input type="checkbox"/> Mindiab |
| <input type="checkbox"/> Daonil | <input type="checkbox"/> Glucophage | <input type="checkbox"/> Metformin | <input type="checkbox"/> Mixtard |

Annat läkemedel:

Var vänlig fortsätt på nästa sida



Smärttillstånd

Har du eller har du haft någon av följande?	Nej	Ja	Vet ej	Om Ja ange startår
16. Migrän/återkommande huvudvärk.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ledbesvär (knä- och höftledsförslitningar, artros).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kronisk ledgångsreumatism (reumatoid artrit).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Om du svarar Nej, fortsätt till fråga 22</i>	Nej	Ja	Vet ej	
19. Var det av en läkare du fick diagnosen kronisk ledgångsreumatism?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Om Ja ange diagnosår:

Ange namn på läkarmottagningen:

	Nej	Ja	Vet ej
20. Går du på regelbundna läkarkontroller för din ledgångsreumatism?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ange namn på läkarmottagningen:

Läkemedel för ledgångsreumatism	Nej	Ja	Vet ej
21. Använder du läkemedel för ledgångsreumatism (utöver smärtstillande medel)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om du svarar Ja, vilket/vilka läkemedel använder du?

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enbrel | <input type="checkbox"/> Kineret | <input type="checkbox"/> Methotrexate | <input type="checkbox"/> Remicade |
| <input type="checkbox"/> Humira | <input type="checkbox"/> Klorokinfosfat | <input type="checkbox"/> Plaquenil | <input type="checkbox"/> Salazopyrin |
| <input type="checkbox"/> Imurel | <input type="checkbox"/> Kortison | <input type="checkbox"/> Prednisolon | <input type="checkbox"/> Sandimmun |
| <input type="checkbox"/> Annat läkemedel: | | | |

Var vänlig fortsätt på nästa sida



Övriga frågor	Nej	Ja	Vet ej		
22. Har du hepatit eller HIV?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
23. Har du någon annan allvarlig sjukdom?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Om Ja ange sjukdom	Startår
			
			
			
			
			

	Mycket bra	Ganska bra	Varken bra eller dåligt	Ganska dåligt	Dåligt
24. Hur bedömer du ditt allmänna tillstånd?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var vänlig fortsätt på nästa sida



Dina kontaktuppgifter

Var vänlig fyll i ditt namn och ditt telefonnummer om vi behöver kontakta dig för kompletteringar av hälsoenkäten. Om du har fått hjälp med att fylla i hälsoenkäten behöver vi dessutom få namn och telefonnummer till den person som hjälpte dig.

Hälsoenkäten fylldes i datum:

--	--	--	--

År

--	--

Månad

--	--

Dag

Underskrift och telefonnummer:

Namn: _____

Telefonnr.: _____

Har du fått hjälp med att fylla i hälsoenkäten?

 Nej Ja

Ja, jag fick hjälp med att fylla i hälsoenkäten av:

Namn: _____

Telefonnr.: _____

Tack för att du fyllde i hälsoenkäten. Var vänlig skicka denna enkät tillsammans med det gula formuläret "Informerat Samtycke" i det frankerade svarskuvertet till Svenska Tvillingregistret.

