

# BASE-LINE INTERVIEW

NOMO 1.0, Nordic Mobility Related Outcome Evaluation of Assistive Device Interventions. NOMO 1.0 må kun anvendes ifølge vejledningerne i manualen.

Alle spørgsmål skal besvares medmindre andet er angivet!



## DEL A

❖ Denne side udfyldes af interviewerens før interviewet

**ID nr:** \_\_\_\_\_

**Den interviewedes navn:** \_\_\_\_\_

**Født år:** \_\_\_\_\_

**interviewerens navn:** \_\_\_\_\_

**Dato for interviewet:** \_\_\_\_\_

### Hvor finder interviewet sted?

- Brugerens hjem
- Sygehus eller lignende
- Andet sted – hvor:

### Køn:

- Mand
- Kvinde

### I hvilken type boligområde bor brugeren?

- Storby/by
- Forstad
- Landsby/på landet

### Hvordan bor brugeren?

- Almindelig bolig
- Beskyttet bolig (bolig med adgang til personale i samme bygning eller umiddelbar nærhed)

# HJÆLPEMIDDEL

❖ Sæt X ved ja eller nej, besvar samtlige spørgsmål

A1. Anvender du nogle af de følgende hjælpemidler? (Ekskl. det nye hjælpemiddel)				Manglende svar	
Hvor anvender du det?				ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>a. (Albue)stok/stokke</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Gangstativ</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Rollator</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Manuel kørestol som du selv kører</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Transportkørestol</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>f. El-kørestol med joystick</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g. El-kørestol med styr (scooter)</b>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>h. Andet, angiv hvad:</b> <input style="width: 400px;" type="text"/>					
Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A2. Hvilke/hvilket af de følgende hjælpemidler skal du have?**  
 Hvor skal det anvendes?

	Indendørs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Udendørs	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<b>a. (Albue)stok/stokke</b>				
<b>b. Gangstativ</b>				
<b>c. Rollator</b>				
<b>d. Manuel kørestol som du selv kører</b>				
<b>e. Transportkørestol</b>				
<b>f. El-kørestol med joystick</b>				
<b>g. El-kørestol med styr (scooter)</b>				
<b>h. Andet, angiv hvad:</b> <input type="text"/>				

*Manglende svar*

ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<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"/>

**A3. Hvilke forventninger har du til det hjælpemiddel, du skal have?**


A4. Anvender du regelmæssigt nogle af de følgende transportmidler? (Dvs. mindst en gang om måneden)		Manglende svar	
		ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>a. Bil/motorcykel (som fører).</b> Inkluderer firehjulet motorcykel			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Bil/taxa (som passager)</b> Inkluderer taxa, som personen selv betaler			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Handikaptransport</b> Fx bustransport, Falck, taxa som kommunen eller hospitalet betaler			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>d. Bus/tog</b>			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>e. Cykel/knallert</b> Inkluderer også trehjulet cykel eller knallert			
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## HELBRED

❖ Hvis brugerens helbred varierer (i løbet af et døgn, fra den ene dag til den anden, i forskellige situationer, etc.) skal svaret afspejle, hvordan brugeren har haft det den seneste uges tid.

A5. Har du et eller flere af følgende problemer? Hvis et af problemerne i et spørgsmål er til stede, skal spørgsmålet besvares med "Ja".			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>a. Synsnedsættelse/blindhed (selv om du bruger briller/kontaktlinser)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Nedsat hørelse/døvhed (selv om du bruger høreapparat)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>c. Nedsat balance og/eller svimmelhed</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>d. Nedsat udholdenhed/åndenød</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>e. Nedsat funktion i armene (bevægelighed/styrke)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>f. Nedsat funktion i ryg og/eller ben (bevægelighed/styrke)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>g. Besvær med at styre bevægelser (koordinationsproblemer)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>h. Besvær med at bevæge hovedet/halsen</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>i. Besvær med at holde på urin og/eller afføring</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>j. Træthed</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>k. Hukommelsesbesvær</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>
<b>l. Ekstrem længde eller vægt (OBS! Besvares af interviewer)</b>				
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/>
<b>m. Andet, angiv hvad:</b> <input style="width: 400px;" type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Af og til	<input type="checkbox"/>

## Manglende svar

	ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>A6. Hvordan synes du dit helbred er alt i alt?</b>		
<input type="checkbox"/> Fremragende <input type="checkbox"/> Vældig godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Mindre godt <input type="checkbox"/> Dårligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A7. Hvordan vurderer du din fysiske formåen lige nu?</b>		
<input type="checkbox"/> Fremragende <input type="checkbox"/> Vældig godt <input type="checkbox"/> Godt <input type="checkbox"/> Mindre godt <input type="checkbox"/> Dårligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A8. Kan du gå på trapper uden personhjælp?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja, to eller flere trin <input type="checkbox"/> Ja, et trin <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A9. Har du haft smerter inden for den seneste måned?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A9a. Hvis ja, har smerterne så haft afgørende betydning for din færden udendørs?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A10. Er det nødvendigt at gå på trapper (et trappetrin eller mere) for at komme ind i og ud af din bolig?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A11. Er din bolig indrettet godt i forhold til dine muligheder for at komme rundt i den?</b>		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A12. Bor du sammen med nogen?</b>		
<input type="checkbox"/> Bor alene <input type="checkbox"/> Bor sammen med anden <input type="checkbox"/> Bor sammen med voksen og mindreårig <input type="checkbox"/> Bor sammen med mindreårig <input type="checkbox"/> Bor sammen med forældre <input type="checkbox"/> Andet hvad? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>A13. Hvor mange timers hjælp får du i det daglige fra andre til at komme rundt (fx fra pårørende, hjemmehjælper, taxachauffør)?</b> Angiv gennemsnitligt antal timer om ugen (hvis ingen hjælp, skriv "0", hvis fx en halv time, skriv "0,5")		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>		

## DEL B

# AFHÆNGIGHED AF ANDRE FOR AT KUNNE KOMME RUNDT

❖ Besvares ud fra hvordan brugeren normalt bærer sig ad med at komme rundt til daglig (med hjælpemiddel, hvis brugeren plejer at bruge et). Svarene skal afspejle situationen i den seneste uges tid.

				Manglende svar	
				ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B1. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes i dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B2. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du skal ind og ud af dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B3. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes indendørs andre steder end i dit hjem?</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B4. Hvor meget hjælp fra andre har du brug for, når du færdes udendørs? (Drejer sig kun om at komme rundt gående o.lign., ikke med transportmidler)</b>					
<input type="checkbox"/> Ingen hjælp	<input type="checkbox"/> Lidt hjælp	<input type="checkbox"/> En del hjælp	<input type="checkbox"/> Meget hjælp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## AKTIVITETER SOM FORUDSÆTTER AT MAN BEVÆGER SIG RUNDT

- ❖ Spørgsmålene skal besvares ud fra, hvor og hvordan brugeren plejer at udføre aktiviteterne i dagligdagen (dvs. i den seneste uge).
- ❖ Med "at komme rundt" menes enten at gå (med hjælpemiddel, hvis brugeren plejer at bruge et) eller bruge kørestol til at komme rundt – men ikke forflytning til og fra kørestol eller lignende.

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B5 a. Hvor ofte udfører du køkkenarbejde (madlavning/opvask/dække bord, m.v.) ?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B6a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B5 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B6 a. Hvor ofte vasker du tøj (tøj, sengetøj, m.v. inkl. tørring, stryging)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B7a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B6 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B7 a. Hvor ofte gør du rent (lettere og tungere rengøring lige fra at tørre støv af til støvsugning)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B8a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B7 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		



			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B8 a. Hvor ofte passer/tager du dig af børn eller andre familiemedlemmer i dit hjem?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B9a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B8 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B9 a. Hvor ofte går du ud og spiser og drikker (restaurant, pub, café, etc.)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B10a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B9 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B10 a. Hvor ofte går du til frisør?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B11a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B10 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		
<b>B11 a. Hvor ofte køber du dagligvarer og madvarer ind?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B12a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B11 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
		<input type="checkbox"/> Ved ikke		

Manglende svar

	ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B12 a. Hvor ofte er du ude at shoppe, dvs. købe andre ting end dagligvarer og madvarer?</b>		
<input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden <input type="checkbox"/> Ca. en gang om året <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen <input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden <input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B13a) <input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen <input type="checkbox"/> Flere gange om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B12 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>		
<input type="checkbox"/> Meget let <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt <input type="checkbox"/> Vanskeligt <input type="checkbox"/> Meget vanskeligt <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B13 a. Hvor ofte går du på posthuset eller ud for at poste breve?</b>		
<input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden <input type="checkbox"/> Ca. en gang om året <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen <input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden <input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B14a) <input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen <input type="checkbox"/> Flere gange om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B13 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>		
<input type="checkbox"/> Meget let <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt <input type="checkbox"/> Vanskeligt <input type="checkbox"/> Meget vanskeligt <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B14 a. Hvor ofte går du i banken?</b>		
<input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden <input type="checkbox"/> Ca. en gang om året <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen <input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden <input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B15a) <input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen <input type="checkbox"/> Flere gange om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B14 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>		
<input type="checkbox"/> Meget let <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt <input type="checkbox"/> Vanskeligt <input type="checkbox"/> Meget vanskeligt <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B15 a. Hvor ofte går du ud for at købe medicin?</b>		
<input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden <input type="checkbox"/> Ca. en gang om året <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen <input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden <input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B16a) <input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen <input type="checkbox"/> Flere gange om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B15 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>		
<input type="checkbox"/> Meget let <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt <input type="checkbox"/> Vanskeligt <input type="checkbox"/> Meget vanskeligt <input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

			Manglende svar	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B16 a. Hvor ofte tager du på biblioteket?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B17a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B16 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B17 a. Hvor ofte deltager du i foreningsliv, kirkelige aktiviteter og/eller går på dagcenter?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B18a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B17 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B18 a. Hvor ofte tager du til kulturelle eller sportslige arrangementer (fx se film, teater, fodboldkamp)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B19a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B18 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		
<b>B19 a. Hvor ofte dyrker du hobbies, motion eller sport uden for hjemmet?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B20a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B19 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt		

			<i>Manglende svar</i>	
			ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
<b>B20 a. Hvor ofte afleverer/henter du børn på daginstitution, skole eller lignende?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B21a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B20 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B21 a. Hvor ofte går du tur (indbefatter også tur i kørestol)?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B22a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B21 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B22 a. Hvor ofte besøger du familie og venner?</b>				
<input type="checkbox"/> Dagligt	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B23a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B22 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>B23 a. Hvor ofte arbejder/studerer du uden for dit hjem?</b>				
<input type="checkbox"/> Min 5. dage om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om måneden	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om året	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Flere gange om ugen	<input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden	<input type="checkbox"/> Aldrig (gå videre til B24a)		
<input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen	<input type="checkbox"/> Flere gange om året			
<b>B23 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?</b>				
<input type="checkbox"/> Meget let	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Hverken let eller vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Meget vanskeligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ved ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Manglende svar*

ØNSKER IKKE AT SVARE	ÅRSAG UKENDT
----------------------------	-----------------

**B24 a. Hvor ofte passer du have, rydder sne o. lign.?**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dagligt             | <input type="checkbox"/> Flere gange om måneden | <input type="checkbox"/> Ca. en gang om året       |
| <input type="checkbox"/> Flere gange om ugen | <input type="checkbox"/> Ca. en gang om måneden | <input type="checkbox"/> Aldrig (Besvar ikke B24b) |
| <input type="checkbox"/> Ca. en gang om ugen | <input type="checkbox"/> Flere gange om året    |  |

**B24 b. Hvor let/svært er det for dig at komme rundt, når du ...?**

- |                                    |                              |  |                                     |  |                                   |
|------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Meget let | <input type="checkbox"/> Let | <input type="checkbox"/> Hverken let<br>eller vanskeligt | <input type="checkbox"/> Vanskeligt | <input type="checkbox"/> Meget<br>vanskeligt | <input type="checkbox"/> Ved ikke |
|------------------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|--|-----------------------------------|