

Husnr.....
Lghnr:.....

Några frågor om Ditt INOMHUSKLIMAT



Frågorna besvaras genom att Du sätter ett kryss
i rutan för det svarsalternativ som passar Dig bäst.



Skicka in det ifyllda formuläret så fort som möjligt.
Gärna redan idag. Använd det bifogade svars-
kuvertet.



Om Du har några frågor kan Du ringa till

.....

**Vi är intresserade av att få veta hur Du trivs i Din bostad
och hur Du upplever Ditt inomhusklimat.**

1. Är Du nöjd eller missnöjd med

| | mycket nöjd | ganska nöjd | varken eller | ganska missnöjd | mycket missnöjd |
|-------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| lägenhetens storlek | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| lägenhetens planlösning | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| lägenhetens standard | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| hyran | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| lägenheten som helhet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| husets skötsel | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

VÄRME OCH TEMPERATUR

**2. Tycker Du att det är för kallt eller för varmt i något rum
i lägenheten under vinterhalvåret?**

| | mycket för kallt | för kallt | lagom | för varmt | mycket för varmt |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| i kök | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i vardagsrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i badrum/toalett | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i sovrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

**3. Tycker Du att det är för kallt eller för varmt i något rum
i lägenheten under sommarhalvåret?**

| | mycket för kallt | för kallt | lagom | för varmt | mycket för varmt |
|------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| i kök | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i vardagsrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i badrum/toalett | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| i sovrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

4. Besväras Du av att temperaturen varierar i lägenheten beroende på temperaturförändringar utomhus?

- 1 ☐ ja, ofta
 2 ☐ ja, ibland
 3 ☐ nej, sällan eller aldrig

5. Tycker Du att uppvärmningssystemet i lägenheten ger Dig stora eller små möjligheter att själv påverka temperaturen?

- 1 ☐ stora möjligheter
 2 ☐ vissa möjligheter
 3 ☐ inga möjligheter

6. Tycker Du att Din lägenhet har ?

| | ja | nej | vet ej |
|--------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| kalla golv | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| kalla väggar | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

7. Besväras Du av drag i Din lägenhet? Ange i så fall i vilket rum och varifrån det drar. Flera alternativ kan anges.

| | besväras ej av drag | besväras av drag: vid golv | besväras av drag: vid fönster | besväras av drag: vid dörr | vid ventil i fönster, yttervägg | vid ventilations- inblåsning |
|----------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| kök | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| vardagsrum | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| badrum/toalett | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| sovrum | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| hall | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |

8. Hur tycker Du värmekomforten i stort sett är i Din lägenhet under ... ?

| | mycket bra | ganska bra | acceptabelt/ varken bra eller dåligt | ganska dåligt | mycket dåligt |
|----------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|----------------------------|
| sommarhalvåret | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| vinterhalvåret | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

LUFTKVALITET OCH VENTILATION

9. Hur bedömer Du i allmänhet luften i Din lägenhet?

är luften torr eller fuktig

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| mycket torr | ganska torr | varken eller | ganska fuktig | mycket fuktig |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

är luften ren eller dammig

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| mycket ren | ganska ren | varken eller | ganska dammig | mycket dammig |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

är luften frisk eller unken

| | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| mycket frisk | ganska frisk | varken eller | ganska unken | mycket unken |
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

10. Besväras Du av följande olägenheter i Din lägenhet?

Markera hur ofta Du besväras av ...

| | ja, ofta | ja, ibland | nej, aldrig |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| eget matos som sprids i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| matos från grannlägenheter | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| tobaksrök eller annan lukt från grannlägenheter | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| lukter utifrån, t.ex. bilavgaser, grillkök och industrier. | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| torr luft | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| svårighet att få tvätt/fuktiga handdukar torra i bad/duschrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| kondens <i>mellan</i> fönsterrutor | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| kondens på <i>insidan</i> av fönstren | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| kondens på <i>utsidan</i> av fönstren | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

11. Känner Du av någon av följande lukter i Din lägenhet?

| | ja | nej |
|----------------|----------------------------|----------------------------|
| stickande lukt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| mögellukt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| instängd lukt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| unken lukt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

12. Hur tycker Du att luftkvaliteten i stort sett är i ...

| | mycket bra | ganska bra | acceptabelt/ varken bra eller dålig | ganska dålig | mycket dålig |
|--------------------------|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| vardagsrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| sovrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| lägenheten som helhet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

13. Tycker Du att ventilationssystemet i lägenheten ger Dig stora eller små möjligheter att själv påverka luftkvaliteten?

1 ☐ stora möjligheter
2 ☐ vissa möjligheter
3 ☐ inga möjligheter

14. Hur ofta rengör Du ... ?

| | varje månad | ca 1 ggr/ halvår | ca 1 ggr/ år | mer sällan | aldrig | saknas |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ventil i kök | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| fettfilter i spiskåpa/fläkt | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |
| ventil i badrum | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> | 6 <input type="checkbox"/> |

**15. Hur ofta vädrar Du vanligtvis under eldningssäsongen?
(dvs. september - april)**

1 ☐ dagligen/nästan varje dag
2 ☐ ungefär 1 gång i veckan
3 ☐ någon gång i månaden
4 ☐ vädrar sällan eller aldrig

16. När Du vädrar, vädrar Du då oftast genom att ... ?

1 ☐ ha vädringsfönster/fönster öppet hela dagen/natten
2 ☐ ha vädringsfönster/fönster öppet några timmar
3 ☐ korsdrag i några minuter
4 ☐ vädrar aldrig

HUS OCH HÄLSA

Inomhusklimat och hälsa är något som hör ihop med varandra.

17. Har Du eller har Du haft ... ?

| | ja | nej |
|--|----------------------------|----------------------------|
| någon form av astmatiska besvär | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| hösnuva | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| någon form av eksem | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| är det någon annan i hushållet som har eller har haft allergiska sjukdomar/besvär? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

18. Har Du under de tre senaste månaderna haft något/några av nedanstående besvär?

| | | | | OM JA: Tror Du det beror på Din bostadsmiljö? | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|--|----------------------------|
| | JA ofta (varje vecka) | JA ibland | NEJ aldrig | ja | nej |
| trötthet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| huvudvärk | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| klåda, sveda, irritation i ögonen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| irriterad, täppt eller rinnande näsa | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| heshet, halstorrhet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| hosta | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| torr eller rodnande hud i ansiktet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |

LJUD OCH LJUS

19. Besväras Du av störande ljud i Din lägenhet?

| | ja, ofta | ja, ibland | nej, sällan eller aldrig |
|---|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| ljud från kranar, rörledningar, element | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| ljud från ventilationen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| ljud från grannlägenheter, trapphus eller hiss | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| ljud utifrån, t.ex. från trafik, industri eller lekande barn | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

20. Tycker Du att det är för mycket ljud i Din lägenhet eller är det en tyst lägenhet?

| mycket tyst | ganska tyst | acceptabel/ varken tyst eller ljudfylld | ganska ljudfylld | mycket ljudfylld |
|----------------------------|----------------------------|---|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

21. Tycker Du att Din lägenhet är för ljus eller för mörk?

| mycket för ljus | för ljus | lagom | för mörk | mycket för mörk |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

22. Tycker Du att Du får för lite eller för mycket direkt solljus i lägenheten under ?

| | för mycket | något för mycket | lagom | något för lite | för lite |
|----------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| vinterhalvåret | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |
| sommarhalvåret | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 <input type="checkbox"/> |

- 23. Vi skulle vilja att Du nu går igenom och värderar problem som kan tänkas förekomma i Din bostad.
Markera i vilken grad Du instämmer i de olika påståendena.**

| | jag instämmer helt | delvis | inte alls | jag har ingen uppfattning |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------------|
| jag saknar möjlighet att kunna påverka värmen i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| luften i lägenheten känns ofta för torr | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| lägenheten känns ofta för kall på morgonen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag störs ofta av matoslukt i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag hör alltför ofta ljud från grannlägenheter | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| det känns ofta för kallt på golvet i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag tycker det tar för lång tid att få fel åtgärdade | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| det luktar ofta instängt i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| det är ofta för kallt i lägenheten vintertid | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag saknar möjlighet att kunna påverka ventilationen i lägenheten | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| det tar för lång tid att få handdukar torra i badrummet | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag störs ofta av att det drar från fönster och/eller balkongdörr | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag tycker det är svårt att få tag i förvaltaren vid problem | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag störs ofta av att det tjuiter i vattenledningarna | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| det blir ofta kondens på fönstren vid matlagning | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |
| jag besväras ofta av ljud från ventilationen | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

BAKGRUNDSFRÅGOR

24. Hur stor är Din lägenhet?

- 1 ☐ 1 rum och kök/kokvrå
2 ☐ 2 rum och kök/kokvrå
3 ☐ 3 rum och kök
4 ☐ 4 rum och kök
5 ☐ 5 rum och kök eller större

25. Vilket våningsplan ligger lägenheten på?

- 1 ☐ 1-2 trappor ned
3 ☐ bottenvåning/nedre botten
4 ☐ 1 trappa upp
5 ☐ 2 trappor upp
6 ☐ 3 trappor upp
7 ☐ 4 trappor upp
8 ☐ 5 trappor upp eller högre

26. Har något rum i lägenheten renoverats under det senaste året? Dvs. tapetserats, målats och/eller fått ny golvbeläggning.

- 1 ☐ ja, hela lägenheten
2 ☐ ja, i delar av lägenheten
3 ☐ nej

27. Har Din lägenhet haft någon större fukt- eller vattenskada de senaste fem åren?

| | ja | nej | vet ej |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| fuktskada (fuktfläck på vägg/golv/tak) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| vattenskada (läckande rör, diskmaskin etc) | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |

28. Hur många bor stadigvarande i Din lägenhet? Räkna även med Dig själv.

_____ antal vuxna
_____ antal barn 0 - 6 år
_____ antal barn 7 - 17 år

29. Hur många timmar är Du genomsnittligen borta från bostaden under vardagar? Hur många timmar är Din maka/make/sambo borta?

| | Du själv | make/maka/sambo |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|
| 0 - 4 timmar | 1 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> |
| 5 - 9 timmar | 2 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| 10 - 14 timmar | 3 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| 15 timmar eller mer | 4 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> |

30. Hur länge har Du bott i lägenheten?

- 0 ☐ mindre än 6 månader
 1 ☐ 6 mån - 12 mån
 2 ☐ 1 - 2 år
 3 ☐ 3 - 5 år
 4 ☐ 6 - 10 år
 5 ☐ mer än 10 år

TILL SIST.....

31. Hur gammal är Du?

- 1 ☐ 24 år eller yngre
 2 ☐ 25 - 34 år
 3 ☐ 35 - 44 år
 4 ☐ 45 - 54 år
 5 ☐ 55 - 64 år
 6 ☐ 65 år eller äldre

32. Är Du man eller kvinna?

- 1 ☐ man
 2 ☐ kvinna

33. Röker Du?

- 1 ☐ ja
 2 ☐ nej

[illegible]

© Engvall/USK Formulär 1990:4