

Hälsoenkät Kvalitetsregistret InfCareHIV

Personnummer:

Födelseår:

Namn:

För varje fråga, sätt ett kryss i den ruta som stämmer bäst in på Dig.

1. Hur nöjd är du med din kroppsliga hälsa?

Mycket missnöjd	Missnöjd	Ganska missnöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Hur nöjd är du med din psykiska hälsa (välmående)?

Mycket missnöjd	Missnöjd	Ganska missnöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Hur nöjd är du med ditt sexualliv (med eller utan partner)?

Mycket missnöjd	Missnöjd	Ganska missnöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4a. Tar du hiv-mediciner?

Ja à Gå till fråga 4b. Nej à Gå till fråga 5.

4b. Upplever du för närvarande några biverkningar?

Ja à Gå till fråga 4c. Nej à Gå till fråga 4d.

4c. I vilken utsträckning är du besvärad av biverkningarna?

Mycket besvärad	Besvärad	Ganska besvärad	Inte särskilt besvärad	Inte alls besvärad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4d. Hur många doser har du missat sista veckan?

0 dos	1-2 doser	mer än 3 doser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Röker du?

Aldrig	Slutat	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Känner du dig delaktig i planering och genomförande av din hiv-vård/behandling?

Stämmer inte alls	Stämmer dåligt	Stämmer delvis	Stämmer helt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Hur nöjd är du med den vård du får vid din hiv-mottagning?

Mycket missnöjd	Missnöjd	Ganska missnöjd	Ganska nöjd	Nöjd	Mycket nöjd
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tack för Din medverkan!