

Samtaleskema til Personlig Sundhedsprofil

Navn _____

Funktion/stilling _____

Dato _____

Arbejdsplads _____

Fysisk arbejdsmiljø

Hvor tilfreds er du med:	Helt tilfreds	Delvis tilfreds	Noget utilfreds	Meget utilfreds
- indretningen af dit arbejdssted				
- belysning, støj, temperatur, træk, luften				
- arbejdsredskaber / arbejdstøj / beskyttelse mod arbejdsulykker				
- andre forhold (fx garderobe/omklædning, toiletter, spiserum, bedefaciliteter)				

Trivsel på arbejdspladsen

Hvor tilfreds er du med:	Helt tilfreds	Delvis tilfreds	Noget utilfreds	Meget utilfreds
- dine ansvarsområder og din indflydelse på dit arbejde?				
- dine udfordringer i arbejdet?				
- dine udviklingsmuligheder?				
- anerkendelsen af din arbejdsindsats?				
- arbejdspresset/arbejdstepoet?				
- din tryghed i ansættelsen?				
- din nærmeste leders evne til at lytte, støtte, kommunikere og tage beslutninger?				
- forholdet til dine kolleger?				

Hvor glad er du alt i alt for dit arbejde (Sæt ring om et tal)	Slet ikke glad											Meget glad
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nævn de 3 ting, du er mest glad for ved dit arbejde / din arbejdsplads: (Udfyld evt. sammen med konsulenten)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ▪ ▪ 											

Trivsel i fritiden

Hvor tilfreds er du med:	Helt tilfreds	Delvis tilfreds	Noget utilfreds	Meget utilfreds
- den tid, energi og mulighed du har for at gøre det, du gerne vil?				
- den støtte og hjælp du får fra familie og venner?				
- den støtte og hjælp du giver familie og venner?				
- dig selv?				
- kontakt med familie, venner og bekendte?				

Stress

Oplever du:	Nej, næsten aldrig	Ja, af og til	Ja, ofte	Ja, meget ofte
- at være irriteret og opfarende?				
- at være glemsom?				
- at have svært ved at koncentrere dig?				
-at have problemer med at sove?				
- at alt er uoverkommeligt?				
- at have svært ved at slippe arbejdet, når du kommer hjem?				
- at det er svært at grine af dig selv?				
- at være stresset?				

Fysiske gener

Oplever du noget af følgende:	Nej, næsten aldrig	Ja, af og til	Ja, ofte	Ja, meget ofte
hovedpine, træthed, svimmelhed				
mavepine/fordøjelsesbesvær				
allergi, hudgener, irriterede/tørre slimhinder (øjne, næse, hals)				
Spændinger eller smerter i øvre del af kroppen (skuldre, nakke, ryg mm.)				
Spændinger eller smerter i nedre del af kroppen (lænd, bækkenbund, hofte, knæ, fødder m.m.)				

Medicinforbrug

	Nej, næsten aldrig	Ja, af og til	Ja, ofte	Ja, meget ofte
Fører nogle af dine gener til, at du tager smertestillende-, beroligende- eller sovemedicin?				

At lytte til dig selv

	Ja, meget ofte	Ja, ofte	Ja, af og til	Nej, næsten aldrig
Gør du, hvad du kan for at undgå fysiske belastninger, der kan skade din krop og dit helbred?				
Handler du på din krops signaler, fx når du føler ømhed, træthed og smerte?				
Oplever du tidspunkter i løbet af dagen/aftenen, hvor du har en indre ro? (fx kobler fra, har tid til sig selv, slapper af)				

Ryging

Hvor meget ryger du dagligt i gennemsnit?	<input type="checkbox"/> Intet	<input type="checkbox"/> 1-5 cigaretter	<input type="checkbox"/> 11-15 cigaretter	<input type="checkbox"/> 6-10 cigaretter	<input type="checkbox"/> mere end 15 cigaretter
	Nej, næsten aldrig	Ja, af og til	Ja, ofte	Ja, meget ofte	
Er du generet af andres røg på dit arbejde?					
Er du generet af andres røg i din fritid?					

Fysisk aktivitet

Hvilken type arbejde har du? (= hvor fysisk aktiv er du i dit arbejde)	<input type="checkbox"/> Mest stillesiddende arbejde <input type="checkbox"/> Mest arbejde, som jeg udfører stående eller gående <input type="checkbox"/> Mest stående eller gående arbejde med en del løfte- eller bærearbejde <input type="checkbox"/> Mest tungt eller hurtigt arbejde, som er anstrengende			
Hvor meget bevæger du dig i dagligdagen? (fx gå- og cykle i fritiden og til og fra arbejde, rengøring, fysisk anstrengende havearbejde, aktiv leg med dine børn)	<input type="checkbox"/> Mindre end 30 minutter dagligt <input type="checkbox"/> 30- 60 minutter dagligt <input type="checkbox"/> Mere end 60 minutter dagligt			
	3 gange om ugen eller mere	1-2 gange om ugen	Sjældnere end en gang om ugen	Aldrig
Hvor ofte træner du aktivt, så det øger konditionen og/eller styrker musklerne?				

Madvaner

	5-7 dage om ugen	3-4 dage om ugen	1-2 dage om ugen	Sjældnere
Spiser du sundt ? (Grønt, groft og magert)				
Spiser du regelmæssigt? (3 hoved- og 2-3 mellemmåltider om dagen)				
Spiser du varieret?				
Spiser du mere end du har brug for?				
Spiser du kager, slik / drikker sodavand?				
	1½ liter eller mere	1-1½ liter	½-1 liter	Mindre end ½ liter
Hvor meget væske drikker du dagligt?				

Alkoholvaner

Hvor meget øl, vin og spiritus drak du i sidste uge?	<input type="checkbox"/> Ingenting <input type="checkbox"/> 1-5 genstande <input type="checkbox"/> 6-14 genstande <input type="checkbox"/> 15-21 genstande <input type="checkbox"/> Over 21 genstande	1 genstand svarer til: - en almindelig øl, - et glas vin eller - 2 cl spiritus
--	---	---