

BASISOPLYSNINGER

Navn

Alder

Køn

Mand

Kvinde

Firma

Arbejdssted

ARBEJDET

Stillingsbetegnelse

Arbejdstid Antal timer pr. uge

Fast nathold

Skiftehold

Arbejdsopgaver
.....
.....
.....

Opfatter du arbejdet som

Ensformigt

Varieret

Hvor lang tid har du haft natarbejde i denne omgang?

Måneder

År

Har du tidligere haft natarbejde?

Ja

Nej

HELBRED

Har du eller har du haft følgende:

Psykiske problemer, f.eks. stress, angst, nervøsitet

Ja

Nej

Psykiske reaktioner, f.eks. irritabilitet, rastløshed, tristhed

Ja

Nej

Depression

Ja

Nej

Appetitforstyrrelser, forstoppelse og løs mave (diare)

Ja

Nej

Mavesår

Ja

Nej

Forhøjet blodtryk

Ja

Nej

Sukkersyge

Ja

Nej

Hjertekarsygdomme

Ja

Nej

Forhøjet kolesteroltal

Ja

Nej

Allergi

Ja

Nej

Kramper

Ja

Nej

Tilbagevendende hovedpine

Ja

Nej

Sygdomme i bevægeapparatet (f.eks. gigt)

Ja

Nej

Problemer med potens eller sexlyst

Ja

Nej

SØVN

A-menneske B-menneske

Antal timer søvn om natten før natskift

Antal timer søvn mellem 2 natskift

Muligt at sove uforstyrret efter natskift Ja Nej **Svært ved at falde i søvn**Nej Ja, men sjældent Ja, ofte **Svært ved at sove igennem**Nej Ja, men sjældent Ja, ofte **Gennemsnitlig søvnlængde**Under 4 timer 4-5 timer 5-6 timer 6-8 timer **Træthedsfølelse**Aldrig Sjældent Af og til Ofte

SÆRLIGT FOR KVINDER

Har eller har haft brystkræft Ja Nej Er gravid Ja Nej Problemer/gener ved tidligere graviditeter Ja Nej

SYGEFRAVÆR

Sygefravær pr. år de seneste 2 årIngen Højest 9 dage 10-20 dage Mere end 20 dage

KOST

Kost ved natarbejde

Morgenmad bestående af

Frokost bestående af

Aftensmad bestående af

Mellemmåltider bestående af

Antal mellemmåltider pr. dag

KOST (fortsat)

Kost ved dagarbejde

Morgenmad bestående af

Frokost bestående af

Aftensmad bestående af

Mellemmåltider bestående af

Antal mellemmåltider pr. dag

RYGNING

Ryger Ja Nej

Hvis ja, hvor meget pr. dag

ALKOHOL OG STIMULANSER

Hvor mange genstande pr. uge

Nuværende eller tidligere problemer med for højt alkoholforbrug Ja Nej

Forbrug af andre stimulanser Ja Nej

MOTION

Antal timer pr. uge med gang, cykling og havearbejde

Antal timer med idræt/anden motion hver uge

FAMILIE OG FRITID

Har du vanskeligheder med at deltage i fritidsaktiviteter, videreuddannelse og kontakt med familie og venner Ja Nej

YDERLIGERE KOMMENTARER

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....