Dato:

ID nr.

SPØRSMÅL ETTER BENOPPBYGGING MED BEN FRA HOFTEN

DIN TANNHELSE NÅ (HELE MUNNHULEN)

*1. Hvordan synes du (helse) forholdene i munnen din er?*

1 [ ]  Meget god

2 [ ]  God

3 [ ]  Ikke helt god

4 [ ]  Dårlig

*2. Hva var hovedårsaken til ditt siste tannlege besøk?*

1 [ ]  Et akutt tannproblem

2 [ ]  Rutinekontroll, ble innkalt av tannlegen

3 [ ]  Rutinekontroll, bestilte selv time

*3. Hvor mange ganger har du vært til tannlegen i løpet av de siste 5 årene?*

1 [ ]  5 ganger eller mer

2 [ ]  3-4 ganger

3 [ ]  1-2 ganger

4 [ ]  Har ikke vært til tannlegen (de siste 5 årene)

*4. Hvor ofte rengjør / pusser du tennene*

1 [ ]  Aldri

2 [ ]  En gang i blant

3 [ ]  En gang for dagen

4 [ ]  Flere ganger for dagen

GENERELL INFORMASJON

*Livskvalitet er avhengig av så mange forhold, slik som familierelasjoner, økonomi, levekår, vennskap, framtidsutsikter, helse, politiske forhold, osv.*

*5. Stort sett, vil du si at din livskvalitet er:*

1 [ ]  Utmerket

2 [ ]  Meget god

3 [ ]  God

4 [ ]  Nokså god

5 [ ]  Dårlig

*6. Alder (i fylte år) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*7. Kjønn*

1 [ ]  Kvinne

2 [ ]  Mann

*8. Hvordan er din generelle helsetilstand nå?*

1 [ ]  Svært god

2 [ ]  God

3 [ ]  Verken god eller dårlig

4 [ ]  Ikke helt god

5 [ ]  Dårlig

*9. Hvordan er appetitten din?*

1 [ ]  God

2 [ ]  Verken god eller dårlig

3 [ ]  Dårlig

*10. Sivilstand*

1 [ ]  Gift / samboer

2 [ ]  Ugift

3 [ ]  Enke/ enkemann

*11. Har du, eller har du hatt:*

*(svar på hvert enkelt spørsmål)*

 alder

 1. gang

 (1) ja (2) nei

1. Hjerteinfarkt [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

2. Angina pectoris

 (hjertekrampe) [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

3. Hjerneslag/hjerne-

 blødning (”drypp”) [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

4. Astma [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

5. Diabetes (sukkersyke) [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

6. Høyt blodtrykk [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

7. Beinskjørhet [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

8. Giktfeber [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

9. Smittsomme sykdommer,

 f.eks. Hepatitt [ ]  [ ]  \_\_\_\_\_

Annet:

*12. Sammenlignet med før operasjonen, hvordan vil du si at din helse stort sett er nå?*

1 *[ ]  Svært god*

*2 [ ]  God*

*3 [ ]  Verken god eller dårlig*

*4 [ ]  Ikke helt god*

*5 [ ]  Dårlig*

 (1)ja (2)nei (3)av og til

*13. Røyker du selv:* [ ]  [ ]  [ ]

Sigaretter daglig? [ ]  [ ]  [ ]

Sigarer/sigarillos daglig? [ ]  [ ]  [ ]

Pipe daglig? [ ]  [ ]  [ ]

*14. Hvis du røker daglig (eller nesten daglig) nå, eller har røkt tidligere:*

Hvor mange sigaretter røyker/røykte

 du vanligvis daglig? \_\_\_\_\_\_\_

Hvor mange år til sammen

 har du røykt daglig? \_\_\_\_\_\_\_

*15. I hvilken grad er du plaget med*

 en god

 del

svært

 mye

 aldri litt

Tørr i munnen? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Tørr i munnen

når du spiser? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

Kjeveleddsproblemer? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

At maten generelt

smaker lite? [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

*16. Hvor mange personer bor det i husstanden?*

1 [ ]  Bor alene

2 [ ]  To

3 [ ]  Flere enn to

*17. Yrke / tidligere yrke*

……………………………………………………...

*18. Hva slags utdannelse har du (din høyeste full-førte utdannelse)?*

Kryss bare en gang

1 [ ]  Ingen utdannelse etter *grunnskolen* (folkeskole / framhaldsskole / ungdomsskole)

2 [ ]  Realskole / fagskole / yrkesskole / handels-skole

3 [ ]  Artium

4 [ ]  Høyskole / lavere grad universitet utdannelse (grunn - / mellomfag)

5 [ ]  Universitetsutdannelse (hovedfag, embetseksamen, etc.)

6 [ ]  Annen (spesifiser)

………………………………………………...

ETTER OPERASJONEN

*De neste spørsmålene handler om hvordan du følte deg etter operasjonen med beintransplantasjon*

*19. Hadde du smerter i hoften*

[ ]  Nei

[ ]  Ja

 Antall dager:

 Antall timer:

På denne linjen kan du krysse av hvor intens du følte smerten var

Ingen Intens

Smerte smerte

*20. Infeksjon i såret etter operasjonen på hoften*

[ ]  Nei

[ ]  Ja

 Varighet i dager:\_\_\_\_\_\_\_

 Behandlet med antibiotika

 (sett ring rundt svaret): Ja Nei

*21. Synlig arr på hoften nå*

[ ]  Nei

[ ]  Ja

 [ ] Akseptabelt

 [ ] Skjemmende

*22. Nedsatt følsomhet nå i sårområdet på hoften*

[ ]  Nei

[ ]  Litt

[ ]  Mye

[ ]  Ingen følelse i området

*23. Problemer med å gå nå pga operasjonen i hoften*

[ ]  Nei

[ ]  Litt

[ ]  Mye

*24. Er du fornøyd med operasjonen på hoften*

[ ]  Nei

[ ]  Litt fornøyd

[ ]  Passelig fornøyd

[ ]  Helt fornøyd

*25. Hvor mange dager var du innlagt på sykehuset i forbindelse med denne operasjonen:*

\_\_\_\_\_\_\_\_dager

*26. Hvor mange dager var du sykemeldt etter operasjonen:*

\_\_\_\_\_\_\_\_dager

*27. Hadde du smerter i munnen etter operasjonen med benoppbygging*

[ ]  Nei

[ ]  Litt

[ ]  Mye

[ ]  Sterke smerter

*28. Har du fått implantat og tenner der det ble gjort benoppbygging*

[ ]  Ja

[ ]  Nei

[ ]  Bare implantat

*29. Har noen av implantatene løsnet og falt ut*

[ ]  Nei

[ ]  Ja

Dersom Ja:

 [ ] Har fått nye implantat senere

 [ ] Har ikke fått nye implantat senere

TILFREDSHET MED TANNERSTATNINGENE

*23. Hvordan har du stort sett vært fornøyd med tennene som er festet til implantatene?*

1 [ ]  Meget godt fornøyd

2 [ ]  Godt fornøyd

3 [ ]  Ikke helt fornøyd

4 [ ]  Misfornøyd

*31. Hvordan er du fornøyd med tennenes utseende?*

1 [ ]  Meget godt fornøyd

2 [ ]  Godt fornøyd

3 [ ]  Ikke helt fornøyd

4 [ ]  Misfornøyd

*32. Hvordan er du fornøyd med tyggingen?*

1 [ ]  Meget godt fornøyd

2 [ ]  Godt fornøyd

3 [ ]  Ikke helt fornøyd

4 [ ]  Misfornøyd

*33. Hvordan er det vært å snakke med de nye tennene?*

1 [ ]  Meget godt fornøyd

2 [ ]  Godt fornøyd

3 [ ]  Ikke helt fornøyd

4 [ ]  Misfornøyd

*34. Hvordan er det å pusse de nye tennene*

1 [ ]  Går veldig fint

2 [ ]  Går greit

3 [ ]  Litt vanskelig

4 [ ]  Veldig vanskelig

*35. Sammenlignet med før operasjonen, hvordan anser du stort sett tannhelsen/forholdene i munnen din for å være*

1 [ ]  Svært god

2 [ ]  God

3 [ ]  Verken god eller dårlig

4 [ ]  Ikke helt god

5 [ ]  Dårlig

*36. Har du i det siste året hatt følgende problemer eller ubehag på grunn av dine tenner eller proteser eller på grunn av andre forhold i munnen?*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Ikke opplevd | Sjelden |  Av og til | Ganske ofte |  Ofte |
| 1 | Vanskeligheter med å uttale ord eller lage spesielle lyder  |  |  |  |  |  |
| 2 | Endret/dårligere smakssans |  |  |  |  |  |
| 3 | Smerter eller vondt i tennene, munnen  |  |  |  |  |  |
| 4 | Opplevd at mat har gitt ubehag |  |  |  |  |  |
| 5 | Følt deg usikker pga tenner, forhold i munnen, proteser |  |  |  |  |  |
| 6 | Følt deg spent eller stresset pga tenner, forhold i munnen, proteser |  |  |  |  |  |
| 7 | Hatt en dårlig kost/kostsammensetning |  |  |  |  |  |
| 8 | Måttet avbryte måltider |  |  |  |  |  |
| 9 | Hatt problemer med å slappe av |  |  |  |  |  |
| 10 | Følt deg sjenert |  |  |  |  |  |
| 11 | Vært irritabel overfor andre mennesker |  |  |  |  |  |
| 12 | Hatt vanskeligheter med dine vanlige gjøremål |  |  |  |  |  |
| 13 | Følt at livet i sin alminnelighet var mindre tilfredsstillende  |  |  |  |  |  |
| 14 | Ikke kunnet fungere i hverdagen |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |