

Diagnostiske Kriterier for Temporomandibulær Dysfunktion

Redigeret af
(Translations by)

Professor Peter Svensson
Tandlægeskolen
Århus Universitet
Danmark

i samarbejde med
(Back-Translation)

Mrs. Janet Mikkelsen
Mrs. Eva Busk
Århus Universitet

Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders

Edited by:

Samuel F. Dworkin, DDS, PhD and Linda LeResche, ScD

*(see Language Translation at website:
RDC-TMDinternational.org)*

Navn:

J.nr.:

Dato:

1.	Har du smerter i højre side af ansigtet, i venstre side eller i begge sider? 0 Ingen smerter 1 Højre 2 Venstre 3 Begge																																																							
2.	Kan du udpege de områder hvor du føler smerte? Højre side 0 Ingen smerter 1 Kæbe/kæbeled 2 Muskler 3 Begge dele Venstre side 0 Ingen smerter 1 Kæbe/kæbeled 2 Muskler 3 Begge dele																																																							
3.	Åbnebevægelse 0 Lige 1 Hø. lateral forskydning (ikke korigeret) 2 Hø. korigeret "S" forskydning 3 Ve. lateral forskydning (ikke korigeret) 4 Ve. korigeret "S" forskydning 5 Andet (angiv type)																																																							
4.	Vertikal bevægelse Målt fra tænder _____ / _____ 8 9 a. Åbnebevægelse uden smerte _____ mm b. Max. ikke-assisteret åbnebevægelse (selv) _____ mm <table border="0"> <tr> <th colspan="4">Muskelsmerter</th> <th colspan="4">Ledsmerter</th> </tr> <tr> <td>Ingen</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> <td>Begge</td> <td>Ingen</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> <td>Begge</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> c. Max. assisteret åbnebevægelse _____ mm <table border="0"> <tr> <th colspan="4">Muskelsmerter</th> <th colspan="4">Ledsmerter</th> </tr> <tr> <td>Ingen</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> <td>Begge</td> <td>Ingen</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> <td>Begge</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> d. Vertikalt incisalt overbid _____ mm								Muskelsmerter				Ledsmerter				Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge	0	1	2	3	0	1	2	3	Muskelsmerter				Ledsmerter				Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge	0	1	2	3	0	1	2	3
Muskelsmerter				Ledsmerter																																																				
Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge																																																	
0	1	2	3	0	1	2	3																																																	
Muskelsmerter				Ledsmerter																																																				
Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge																																																	
0	1	2	3	0	1	2	3																																																	
5.	Kæbeledslyde (palpation) Højre a. Åbnebevægelse Ingen 0 Klik, knæk 1 Kraftig krepitation 2 Let krepitation 3 Måling af klik ved åbnebevægelse _____ mm Venstre 0 1 2 3 _____ mm																																																							

	<table border="0"> <tr> <td></td><td>Højre</td><td>Venstre</td></tr> <tr> <td>b. Lukkebevægelse</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Ingen</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Klik, knæk</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Kraftig krepitation</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Let krepitation</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Måling af klik ved lukkebevægelse</td><td>_____ mm</td><td>_____ mm</td></tr> <tr> <td>c. Reciprokt klik, knæk elimineret ved protrusionsåbning</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>Højre</td><td>Venstre</td></tr> <tr> <td>Nej</td><td>0</td><td>0</td></tr> <tr> <td>Ja</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>Ikke anvend</td><td>8</td><td>8</td></tr> </table>		Højre	Venstre	b. Lukkebevægelse			Ingen	0	0	Klik, knæk	1	1	Kraftig krepitation	2	2	Let krepitation	3	3	Måling af klik ved lukkebevægelse	_____ mm	_____ mm	c. Reciprokt klik, knæk elimineret ved protrusionsåbning				Højre	Venstre	Nej	0	0	Ja	1	1	Ikke anvend	8	8																																																		
	Højre	Venstre																																																																																					
b. Lukkebevægelse																																																																																							
Ingen	0	0																																																																																					
Klik, knæk	1	1																																																																																					
Kraftig krepitation	2	2																																																																																					
Let krepitation	3	3																																																																																					
Måling af klik ved lukkebevægelse	_____ mm	_____ mm																																																																																					
c. Reciprokt klik, knæk elimineret ved protrusionsåbning																																																																																							
	Højre	Venstre																																																																																					
Nej	0	0																																																																																					
Ja	1	1																																																																																					
Ikke anvend	8	8																																																																																					
6.	Sidebevægelser a. Sidebevægelse til højre _____ mm <table border="0"> <tr> <td></td><td colspan="4">Muskelsmerter</td><td></td><td colspan="4">Ledsmerter</td></tr> <tr> <td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td><td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td></tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> b. Sidebevægelse til venstre _____ mm <table border="0"> <tr> <td></td><td colspan="4">Muskelsmerter</td><td></td><td colspan="4">Ledsmerter</td></tr> <tr> <td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td><td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td></tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> Protrusionsbevægelser c. Protrusion _____ mm <table border="0"> <tr> <td></td><td colspan="4">Muskelsmerter</td><td></td><td colspan="4">Ledsmerter</td></tr> <tr> <td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td><td>Ingen</td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>Begge</td></tr> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> d. Midtlinieforskydning _____ mm <table border="0"> <tr> <td></td><td>Højre</td><td>Venstre</td><td>NA</td></tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		Muskelsmerter					Ledsmerter				Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge	0	1	2	3	0	1	2	3		Muskelsmerter					Ledsmerter				Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge	0	1	2	3	0	1	2	3		Muskelsmerter					Ledsmerter				Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge	0	1	2	3	0	1	2	3		Højre	Venstre	NA		1	2	8
	Muskelsmerter					Ledsmerter																																																																																	
Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge																																																																																
0	1	2	3	0	1	2	3																																																																																
	Muskelsmerter					Ledsmerter																																																																																	
Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge																																																																																
0	1	2	3	0	1	2	3																																																																																
	Muskelsmerter					Ledsmerter																																																																																	
Ingen	Højre	Venstre	Begge	Ingen	Højre	Venstre	Begge																																																																																
0	1	2	3	0	1	2	3																																																																																
	Højre	Venstre	NA																																																																																				
	1	2	8																																																																																				
7.	Kæbeledslyde ved sidebevægelser Lyde i højre led <table border="0"> <tr> <td></td><td>Ingen</td><td>Klik</td><td>Kraftig krepitation</td><td>Let krepitation</td></tr> <tr> <td>Sidebev. hø.</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Sidebev. ve.</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Protrusion</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table> Lyde i venstre led <table border="0"> <tr> <td>Sidebev. hø.</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Sidebev. ve.</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>Protrusion</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>		Ingen	Klik	Kraftig krepitation	Let krepitation	Sidebev. hø.	0	1	2	3	Sidebev. ve.	0	1	2	3	Protrusion	0	1	2	3	Sidebev. hø.	0	1	2	3	Sidebev. ve.	0	1	2	3	Protrusion	0	1	2	3																																																			
	Ingen	Klik	Kraftig krepitation	Let krepitation																																																																																			
Sidebev. hø.	0	1	2	3																																																																																			
Sidebev. ve.	0	1	2	3																																																																																			
Protrusion	0	1	2	3																																																																																			
Sidebev. hø.	0	1	2	3																																																																																			
Sidebev. ve.	0	1	2	3																																																																																			
Protrusion	0	1	2	3																																																																																			
8.	0 = Ingen smerte/kun tryk, 1 = Let smerte, 2 = Moderat smerte, 3 = Stærk smerte Ekstraorale muskler: <table border="0"> <tr> <td></td><td colspan="4">Højre</td><td colspan="4">Venstre</td></tr> <tr> <td>a. Temporalis (post.)</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>		Højre				Venstre				a. Temporalis (post.)	0	1	2	3	0	1	2	3																																																																				
	Højre				Venstre																																																																																		
a. Temporalis (post.)	0	1	2	3	0	1	2	3																																																																															

	b. Temporalis (med.)	0	1	2	3		0	1	2	3
	c. Temporalis (ant.)	0	1	2	3		0	1	2	3
	d. Masseter (udspring)	0	1	2	3		0	1	2	3
	e. Masseter (midt)	0	1	2	3		0	1	2	3
	f. Masseter (tilhæftning)	0	1	2	3		0	1	2	3
	g. Post.mand.reg.	0	1	2	3		0	1	2	3
	h. Submand.reg.	0	1	2	3		0	1	2	3
9.	Kæbeledssmerte v/palpation:									
		Højre					Venstre			
	a. Lateral pol	0	1	2	3		0	1	2	3
	b. Post. pol	0	1	2	3		0	1	2	3
10.	Intraorale muskler:									
		Højre					Venstre			
	a. Lateral pter.område	0	1	2	3		0	1	2	3
	b. Temporalissenen	0	1	2	3		0	1	2	3

Peter/RDC-undersøgelsesskema – dec. 02

RDC (Axis II) SPØRGESKEMA

Navn:

J.nr.:

Dato:

Helbredsanamnese:

Tjek op på det orange kort!

Behandles du for nogen anden sygdom? _____

Hvis du anvender medicin (inkl. receptfrie lægemidler) angiv da hvilken: _____

Har du indenfor det sidste år været indlagt eller behandlet på hospital eller specialklinik? _____

1.	Hvordan synes du dit helbred generelt er ? 1 Fremragende 2 Meget godt 3 Godt 4 Mindre godt 5 Dårligt
2.	Hvordan synes du tilstanden i din mundhule generelt er ? 1 Fremragende 2 Meget god 3 God 4 Mindre god 5 Dårlig
3.	Har du i løbet af den sidste måned haft smerter i ansigt, kæbe, tinding, foran øret eller i øret? 0 Nej 1 Ja Hvis Ja, fortsæt ved 4 Hvis Nej, så gå til spørgsmål 14
4.	a. Hvor mange år er det siden dine ansigtssmerter begyndte? _____ år Er det mere end 1 år siden, så gå til spørgsmål 5 Er det mindre end 1 år siden, skriv 00 og fortsæt ved 4 b. b. Hvor mange måneder er det siden dine ansigtssmerter begyndte? _____ måneder
5.	Hvordan er dine ansigtssmerter ? 1 Vedvarende 2 Tilbagevendende 3 En enkelt gang
6.	Har du nogensinde været til læge, tandlæge, kiropraktor eller andre indenfor sundhedsvæsenet p.gr.a. dine ansigtsgener eller smerter ? Angiv hos hvem _____ 1 Nej 2 Ja, indenfor de seneste 6 måneder 3 Ja, for mere end 6 måneder siden
7.	Hvordan vil du beskrive dine <u>ansigtssmerter lige nu</u>, på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen smerte" og 10 er "værst tænkelig smerte"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8.	Hvor intens var den <u>stærkeste smerte</u> i løbet af de sidste 6 måneder, på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen smerte" og 10 er "værst tænkelig smerte"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9.	Hvor intense var <u>smerterne i gennemsnit</u> i løbet af de sidste 6 måneder, på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen smerte" og 10 er "værst tænkelig smerte"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10.	Ca. hvor mange dage har du måttet afholde dig fra dine normale aktiviteter (arbejde, skole, husarbejde), i løbet af de sidste 6 måneder p.gr.a. ansigtssmerterne? Ca. dage
11.	I hvilket omfang har ansigtssmerterne påvirket dig i de daglige aktiviteter indenfor de sidste 6 måneder, på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er "ingen påvirkning" og 10 er "ude af stand til at foretage nogen aktiviteter"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
12.	I hvilket omfang har ansigtssmerterne påvirket dine muligheder for at deltage i fritidsforhold, sociale og familiære aktiviteter i løbet af de sidste 6 måneder, hvor 0 er "ingen påvirkning" og 10 er "meget stor påvirkning"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
13.	I hvilket omfang har ansigtssmerterne forandret dine muligheder for at arbejde (incl. husarbejde), hvor 0 er "ingen forandring" og 10 er "meget stor forandring"? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
14.	a. Har din kæbe nogensinde været låst eller siddet fast, så du ikke kunne gabe helt op? 1 Nej 2 Ja Hvis Nej, så gå til spørgsmål 15 Hvis Ja, fortsæt ved 14 b. b. Var dette problem så alvorligt, at det påvirkede din tyggefunktion? 0 Nej 1 Ja
15.	a. Knækker eller smælder kæben, når du tygger eller åbner og lukker munden? 0 Nej 1 Ja b. Skurrer eller knager kæben, når du tygger eller åbner og lukker munden? 0 Nej 1 Ja c. Har andre gjort dig opmærksom på, eller ved du selv, at du skærer eller presser tænder, når du sover? 0 Nej 1 Ja d. Skærer eller presser du tænder i løbet af dagen? 0 Nej 1 Ja e. Er du øm eller stiv i kæben, når du vågner om morgenen? 0 Nej 1 Ja f. Har du suse- eller ringelyde i ørerne? 0 Nej 1 Ja g. Føles dit sammenbid ubehageligt eller unormalt? 0 Nej 1 Ja
16.	a. Har du en gigtsygdom? 0 Nej 1 Ja (angiv hvilke(n) _____) b. Har du kendskab til, om nogen i din familie har eller har haft gigtsygdomme? 0 Nej 1 Ja

	c. Har du eller har du haft hævelser eller smerter i andre led, end dem der er tæt på ørerne (kæbeled)? 0 Nej 1 Ja Hvis nej, så gå til spørgsmål 17 a Hvis Ja, d. Er det en vedvarende smerte, som du har haft i mindst et år? 0 Nej 1 Ja																																																																																																					
17.	a. Er du fornylig kommet til skade med dit ansigt eller din kæbe? 0 Nej 1 Ja Hvis Nej, så gå til spørgsmål 18 Hvis Ja, b. Havde du kæbesmerter inden skaden skete? 0 Nej 1 Ja																																																																																																					
18.	Har du haft problemer med hovedpine eller migræne i løbet af de sidste 6 måneder? 0 Nej 1 Ja																																																																																																					
19.	Hvilke aktiviteter begrænses/forhindres du i at gøre pga. dit nuværende kæbeproblem? a. At tygge 0 Nej 1 Ja b. At drikke 0 Nej 1 Ja c. At dyrke idræt 0 Nej 1 Ja d. At spise hårde fødeemner 0 Nej 1 Ja e. At spise bløde fødeemner 0 Nej 1 Ja f. At smile/le 0 Nej 1 Ja		g. At kysse 0 Nej 1 Ja h. At børste tænder eller vaske ansigt 0 Nej 1 Ja i. At gabe 0 Nej 1 Ja j. At synke 0 Nej 1 Ja k. At tale 0 Nej 1 Ja l. At bruge almindelig ansigtsmimik 0 Nej 1 Ja																																																																																																			
20.	Har du indenfor den sidste måned været generet af <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>Nej</th><th>Lidt</th><th>Moderat</th><th>Meget</th><th>Voldsomt</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>a. Hovedpine</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>b. Manglende lyst eller fornøjelse ved sex</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>c. Besvimelse eller svimmelhed</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>d. Smerte i hjerte eller bryst</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>e. Nedsat energi</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>f. Tanker om døden</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>g. Manglende appetit</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>h. Let til gråd</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>i. Selvbefejdelser</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>j. Smerter nederst i ryggen</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>k. Ensomhedsfølelse</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>l. Følelse af nedtrykthed</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>m. For mange unødige bekymringer</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>n. Ingen interesse for noget</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> <tr><td>o. Kvalme eller mavetilfælde</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr> </tbody> </table>							Nej	Lidt	Moderat	Meget	Voldsomt	a. Hovedpine	0	1	2	3	4	b. Manglende lyst eller fornøjelse ved sex	0	1	2	3	4	c. Besvimelse eller svimmelhed	0	1	2	3	4	d. Smerte i hjerte eller bryst	0	1	2	3	4	e. Nedsat energi	0	1	2	3	4	f. Tanker om døden	0	1	2	3	4	g. Manglende appetit	0	1	2	3	4	h. Let til gråd	0	1	2	3	4	i. Selvbefejdelser	0	1	2	3	4	j. Smerter nederst i ryggen	0	1	2	3	4	k. Ensomhedsfølelse	0	1	2	3	4	l. Følelse af nedtrykthed	0	1	2	3	4	m. For mange unødige bekymringer	0	1	2	3	4	n. Ingen interesse for noget	0	1	2	3	4	o. Kvalme eller mavetilfælde	0	1	2	3	4
	Nej	Lidt	Moderat	Meget	Voldsomt																																																																																																	
a. Hovedpine	0	1	2	3	4																																																																																																	
b. Manglende lyst eller fornøjelse ved sex	0	1	2	3	4																																																																																																	
c. Besvimelse eller svimmelhed	0	1	2	3	4																																																																																																	
d. Smerte i hjerte eller bryst	0	1	2	3	4																																																																																																	
e. Nedsat energi	0	1	2	3	4																																																																																																	
f. Tanker om døden	0	1	2	3	4																																																																																																	
g. Manglende appetit	0	1	2	3	4																																																																																																	
h. Let til gråd	0	1	2	3	4																																																																																																	
i. Selvbefejdelser	0	1	2	3	4																																																																																																	
j. Smerter nederst i ryggen	0	1	2	3	4																																																																																																	
k. Ensomhedsfølelse	0	1	2	3	4																																																																																																	
l. Følelse af nedtrykthed	0	1	2	3	4																																																																																																	
m. For mange unødige bekymringer	0	1	2	3	4																																																																																																	
n. Ingen interesse for noget	0	1	2	3	4																																																																																																	
o. Kvalme eller mavetilfælde	0	1	2	3	4																																																																																																	

		Nej	Lidt	Moderat	Meget	Voldsomt
p.	Ømme muskler	0	1	2	3	4
q.	Søvnløshed	0	1	2	3	4
r.	Åndedrætsbesvær	0	1	2	3	4
s.	Skiftende varme-/kuldefølelse	0	1	2	3	4
t.	Skælven eller snurren i dele af kroppen	0	1	2	3	4
u.	Klump i halsen	0	1	2	3	4
v.	Ængstelse for fremtiden	0	1	2	3	4
w.	Svagthed i dele af kroppen	0	1	2	3	4
x.	Følelse af tunge arme og ben	0	1	2	3	4
y.	Selv mordstanker	0	1	2	3	4
z.	Grov spiseri	0	1	2	3	4
aa.	For tidlige opvågninger	0	1	2	3	4
bb.	Søvnforstyrrelser	0	1	2	3	4
cc.	Følelse af at alt er anstrengende	0	1	2	3	4
dd.	Følelse af ikke at være til nytte	0	1	2	3	4
ee.	Følelse af at være fanget eller at sidde i saksen	0	1	2	3	4
ff.	Skyldfølelser	0	1	2	3	4
21.	Hvordan synes du selv generelt, du tager hånd om dit helbred?					
	1 Fremragende					
	2 Meget godt					
	3 Godt					
	4 Mindre godt					
	5 Dårligt					
22.	Hvordan synes du selv, du tager hånd om din tandsundhed?					
	1 Fremragende					
	2 Meget godt					
	3 Godt					
	4 Mindre godt					
	5 Dårligt					
23.	Fødselsdato	Måned_____	Dato_____	År_____		
24.	Køn:	1 Mand	2 Kvinde			
25.	Hvilken af følgende grupper repræsenterer bedst din race?					
	1 Eskimo					
	2 Asiat					
	3 Hvid					
	4 Sort					
	5 Anden, angiv hvilken _____					
26.	Stammer du eller dine forfædre fra ét eller flere af følgende grupper?					
	1 Eskimo					
	2 Asiat					
	3 Hvid					
	2 Sort					
	Anden, angiv hvilken _____					
27.	Hvilken skolegang/uddannelse har du haft?					
	00 Ingen					
	1 Folkeskole (antal år_____)					
	2 HF/Gymnasium (antal år_____)					
	3 Højere uddannelse (antal år_____)					
28.	a. Har du haft arbejde inden for de sidste 2 uger (ikke husarbejde, men f.eks. ulønnet arbejde for et familiemedlem)?					
	1 Ja					
	2 Nej					
	Hvis ja, så gå til spørgsmål 29					
	Hvis nej,					

	b. Har du et arbejde, selv om du ikke har været i arbejde i de sidste 2 uger? 1 Ja 2 Nej c. Søgte du arbejde eller var du uden arbejde i løbet af de 2 uger? 1 Ja, jeg søgte arbejde 2 Ja, jeg var uden arbejde 3 Ja, jeg var uden arbejde og i gang med at søge arbejde 4 Nej
29.	Ægtestand? 1 Gift/samlevende, ægtefælle hjemmeboende 2 Gift/samlevende, ægtefælle ikke hjemmeboende 3 Enke/enkemand 4 Skilt 5 Separeret 6 Enlig
30.	Hvilken af følgende beløb svarer bedst til dit samlede husholdningsindtægt i de seneste 12 måneder? – 0-104.999 kr. – 105.000 - 174.999 – 175.000 - 244.999 – 245.000 - 349.999 – 350.000 eller mere
31.	Angiv dit postnummer _____