Frågeformulär vid uppföljning av FaR efter 3-4 månader

Namn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Din nuvarande fysiska aktivitetsnivå; Antal dagar med minst 30 minuters sammanlagd tid av fysisk aktivitet.**

*Om kravet för daglig fysisk aktivitet sätts till minst 30 minuter (sammanlagd tid och ansträngningsnivån till minst snabb promenadtakt), hur många dagar under förra veckan respektive en normal vecka nådde du upp till denna nivå?* Antal dagar senaste veckan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 Antal dagar en normal vecka:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Har du följt den rekommendation på fysisk aktivitet som du fick i ditt FaR-recept?**

Ja, jag har följt FaR-receptet
Jag är aktiv men i en annan aktivitet än FaR
Jag följer inte FaR-receptet (*gå vidare till fråga 4*)

1. **Vilken har varit din huvudsakliga aktivitet sedan du fick FaR-receptet?** (*ange ett eller flera alternativ*)

Promenader Stavgång Jogging/Löpning Simning Vattengympa

Gympa Styrketräning (hemma eller på gym) Cykling Annat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Hur påverkades ditt allmänna hälsotillstånd när du deltog i hjärtträningen?**

Det blev bättre tack vare hjärtträningen
Det var oförändrat

Det blev sämre

1. **Hur har ditt allmänna hälsotillstånd påverkats efter att FaR-receptet förskrevs?**

Det har blivit bättre tack vare FaR
Det är oförändrat
Det har blivit sämre

1. **Om du inte följt FaR-receptet: Vad är orsaken till det?**

 Sjukdom Smärta Låg motivation Tidsbrist Ekonomi Annat:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tack på förhand!

Fysioterapeuterna på Hjärtmottagningen