

Undersökning av symtom på coronavirus

Syftet med denna undersökning är att ge en övergripande bild av symtomen orsakade av coronaviruset.

Ingen personlig information samlas in i undersökningen och enskilda svar kan inte identifieras. Resultaten från undersökningen kommer att publiceras anonymt i Facebook-gruppen "COVID-19, Vi som är drabbade". Resultaten av denna undersökning kan också användas i media för att sprida information om sjukdomssymtomen till så många människor som möjligt.

Undersökningen organiseras av Joni Savolainen och uppgifterna distribueras till gruppen "COVID-19, Vi som är drabbade" och till administratörerna för den.

NOTERA. Några av frågorna är obligatoriska för att du ska kunna gå vidare i enkäten.

* Required

Bakgrundsuppgifter

Uppge hemort, ålder, grundsjukdomar och blodgrupp

1. För vem fyller du i enkäten? * *

Mark only one oval.

- För min egen del
- För mitt barn med hans/hennes samtycke
- För mina föräldrars/för en äldre persons del och med deras/hans/hennes samtycke
- Någon annan

2. Ålder *

Mark only one oval.

0-10

10-19

20-29

30-39

40-49

50-59

60-69

70-79

80+

3. Kön *

Mark only one oval.

Man

Kvinna

Vill ej uppge

4. Var bor du? *

Mark only one oval.

- Blekinge
- Bohuslän
- Dalarna
- Dalsland
- Gotland
- Gästrikland
- Halland
- Hälsingland
- Härjedalen
- Jämtland
- Lappland
- Medelpad
- Norrbotten
- Närke
- Skåne
- Småland
- Stockholms län
- Sörmland
- Uppland
- Värmland
- Västerbotten

- Västergötland
- Västmanland
- Ångermanland
- Öland
- Östergötland
- Other: _____

5. Blodgrupp *

Mark only one oval.

- A Rh+
- A Rh-
- B Rh+
- B Rh-
- AB Rh+
- AB Rh-
- O Rh+
- O Rh-
- Vet ej

6. Har du några grundsjukdomar? Du kan välja flera * *

Check all that apply.

- Inga grundsjukdomar
- Gastroesofageal refluxsjukdom
- Anemi
- Astma
- Cancer (alla typer)
- Celiaki
- Typ 1-diabetes
- Typ 2-diabetes
- Matsmältningsrubbning
- Flimmer, hjärtsjukdomar
- Högt blodtryck
- Sömnapné
- Neurologiska sjukdomar
- D-vitaminbrist
- Övervikt / fetma
- Autoimmun sjukdom
- Hypotyreos, brist på sköldkörtelhormon
- Tidigare stroke
- Förhöjd kolesterol, dyslipidemi
- Arteriell sjukdom som ateroskleros, halsotstenos
- Tandsjukdom
- Blodkoagulationsstörning
- Migrän
- Diagnostiserad psykisk sjukdom
- Övrig sjukdom (inkl KOL och njursjukdomar - klicka här)

7. Uppskatta på en skala hur ofta du varit förkyld under de fem senaste åren (1 inte alls, och 5 ofta) *

Mark only one oval.

1

2

3

4

5

Provtagning och antikroppar

I det här avsnittet granskar vi information relaterad till provtagning

8. Har du testats för covid-19? *

Check all that apply.

Har inte fått göra test, fastän jag velat

Har testats för covid-19

Har inte gett samtycke för att testas

Other: _____

9. Om du testats för covid-19: När togs provet och vilket resultat fick du?

Mark only one oval per row.

	Positiv	Negativ	Opålitligt resultat	Resultatet är ännu inte klart
Under de första tio dagarna	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dag 11 till 30	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Under den andra månaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Under den tredje månaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Under den fjärde månaden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Var gjordes provtagningen? Du kan välja flera alternativ om du har testats på flera platser

Check all that apply.

- Provtagningstält
- Vårdcentralen
- Företagshälsovård
- Sjukhus
- Privat läkarmottagning
- På eget vårdboende
- Utomlands
- Egenprovtagning
- Drive-in teststation
- Inte testad men fått diagnosen (misstänkt) covid-19 av läkare
- Inte testad och ingen diagnos av läkare

11. Varifrån togs provet? Du kan välja flera alternativ

Check all that apply.

- Näsan
- Svalget
- Lungorna
- Blodet
- Slemprov med sug från svalget
- Avföringen
- Tårvätska
- Hosta
- Har inte testats

12. Har du tagit antikroppsprov? Om svaret är ja, i vilket skede och vad blev resultatet?

Mark only one oval per row.

	Positivt	Negativt	Oklart resultat	Svaret har inte kommit ännu
Mindre än en månad efter insjuknandet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1-2 mån efter insjuknandet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2-3 mån efter insjuknandet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 mån efter insjuknandet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Skip to question 13

Symtomens varaktighet

I detta avsnitt beskrivs symtomens varaktighet och deras fluktuation.

13. I vilket stadium befinner sig din sjukdom vid svarstillfället (just nu)? *

Mark only one oval.

- Jag är fortfarande sjuk
- Jag är klart bättre men vissa symtom är kvar/kommer tillbaka då och då
- Jag har varit symtomfri mindre än 10 dagar
- Jag har varit symtomfri mindre än 20 dagar
- Jag har varit symtomfri mindre än 30 dagar
- Jag har varit symtomfri över en månad
- Jag har varit symtomfri över 2 månader

14. Har du haft en eller flera symtomfria perioder mellan sjukdomsperioderna? Hur länge dröjde det innan symtomen återkom?

Mark only one oval.

- Mindre än en vecka
- En vecka
- Två veckor
- Tre veckor
- Fyra veckor
- Mina symtom fortgick oavbrutet under hela sjukdomsperioden
- Endast en del symtom återkom efter en viss tid
- Other: _____

15. Hur länge har du varit sjuk vid svarstillfället? *

Mark only one oval.

- Mindre än 10 dagar
- Mer än 10 dagar
- Mer än 20 dagar
- Mer än 30 dagar
- Mer än 40 dagar
- Mer än 50 dagar
- Mer än 60 dagar
- Mer än 70 dagar
- Mer än 80 dagar
- Mer än 90 dagar
- Mer än 100 dagar
- Mer än 110 dagar
- Mer än 120 dagar
- Mer än 130 dagar
- Mer än 140 dagar
- Other: _____

16. Något du vill tillägga? Ej obligatoriskt.

Symtom

I detta avsnitt efterfrågas vilka symtom du haft under din sjukdomstid.

17. Hur skulle du beskriva dina symtom? Du kan välja flera alternativ *

Check all that apply.

- Jag har (haft) mycket lindriga symtom
- Nya symtom uppkom(mer) vid olika tidpunkter
- Symtomens styrka och frekvens varierar
- Alla/de flesta symtom upphörde (i en vecka eller längre tid) men återkom sedan igen
- Jag har (haft) samma symtom hela tiden
- Symtomen återkommer/blev kraftigare vid fysisk aktivitet
- Symtomen utvecklades långsamt
- En del av symtomen förekom(mer) enbart på ena sidan av kroppen
- Jag har (haft) symtom som jag aldrig tidigare upplevt i samband med influensa eller förkylning

Other: _____

18. Vilken tid på dygnet har du/har du haft mest symtom? Du kan välja flera alternativ *

Check all that apply.

- På morgonen (05:00 - 12:00)
- På eftermiddagen (12:00 - 17:00)
- På kvällen (17:00 - 21:00)
- På natten (21:00 - 05:00)
- Det har varit olika under olika faser av sjukdomen
- Det är ingen skillnad

Other: _____

19. Vilka allmänna symtom och andningssymtom har du haft och i vilket skede har de inträffat? Akut sjukdomsstadium: Den tid som en patient känner sig sjuk, är sängliggande eller i övrigt i mycket försvagat tillstånd. Följdsymtom: Symtom efter den akuta fasen. Detta skede varar vanligen i veckor eller upp till månader.

Check all that apply.

	Första symtom (de första 3 dagarna)	Akut sjuk	Följdsymtom
Feber (Över 37,8 C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subfebrilitet (37,1 C - 37,7 C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Undertemperatur (lägre än 36.5)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frossa/värmevallningar som kommer & går	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nysningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Snuva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Låg syresättning av blodet (under 95 %)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rinnande näsa (återkommande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Törst (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögonsymtom (t ex sveda, torrhet, trötthet, blodsprängdhet, ofrivilligt rinnande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ögoninflammation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förhöjd puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärtrusning (takykardi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Högt blodtryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svullna lymfkörtlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet (extrem, orkar inte upp ur sängen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet (måttlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trötthet (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig, okontrollerad hosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hostat blod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slemhosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torrhosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bara lite hosta/retad andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behov av att harkla upp slem ur halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brännande känsla i halsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd (kraftlig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andnöd (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Väsande andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosslande andning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brännande känsla i lungorna (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Brännande känsla i lungorna (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryckande bröstsmärta (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryckande bröstsmärta (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelvärk (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelvärk (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i halsen (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i halsen (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i bihålorna (svår)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i bihålorna (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i tänder/käke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk/domningar i tandkött/tunga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nackstyvhet/värk i nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i skelettet (t ex i skalle, händer/fötter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huvudvärk (mild)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstoppning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dålig matsmältning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aptitlöshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Illamående (obehag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräkningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräkreflex utan uppkastning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brännande känsla i nedre matstrupen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magsmärtor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diarré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blodpropp (konstaterad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Torr hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akne/vätskande utslag i ansiktet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känslig/kittlande/pirrande hud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hudförändringar (knölar/bölder/vattenblåsor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledvärk (kraftig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ledvärk (lindrig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammation i tår eller förändring av hudfärg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryck i bröstet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Stickande smärta i sidorna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i öronmusslan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Håravfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryck runt kinderna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlöshet i händerna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svaghet i händerna (attackmässigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kraftlöshet i benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stelhet i vader/ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtor i vader/ben (tillfälliga/ återkommande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stickningar i halsen/näsan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i lumsken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i nedre delen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i övre delen av ryggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärta/värk under revbenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronvärk eller tryck i öron	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öronsusning/tjut i öra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känslomässig labilitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heshet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smärtor i blodkärlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Värk i armarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Näsblod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kramp/värk i fingrarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärntrötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Vilka sinnesrelaterade, neurologiska, psykiska och hormonella symtom har du (haft) och i vilket skede har de inträffat? (T ex skakningar, yrsel och domningar). Akut sjukdomsstadium: Den tid som en patient känner sig sjuk, är sängliggande eller i övrigt i mycket försvagat tillstånd. Följdsymtom: Symptom efter den akuta fasen. Detta skede varar vanligen i veckor eller upp till månader.

Check all that apply.

	Första symtom (de första 3 dagarna)	Akut sjuk	Följdsymtom
Förlorat eller försvagat luktsinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlorat eller försvagat smaksinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ljuskänslighet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domningar eller tappar känsla i armar, ben eller kinder / kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darrande händer eller ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darr i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känsla av elchock i kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Störning i reglering av kroppsvärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Symtom i nervsystemet (iakttagelseförmåga, logiskt tänkande, tal eller förmåga att förstå tal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelryckningar i hela kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förlamningskänsla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ångest/panikstörningar (allvarliga)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ångest/panikstörningar (milda)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hjärndimma/koncentrationsstörningar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yrsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Svimning eller skyst epilepsianfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kort minnesförlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömnpromblem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hallucinationer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tryck i blodådrorna, speciellt i halsen och huvudet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sendrag, speciellt vid tinningen (ensidigt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Domningar på ena sidan av kroppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sendrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dubbelseende/andra synrubbingar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Känslighet för ljud (höga ljud gör ont)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardrömmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormonella förändringar (t ex menstruation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ont i pungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Impotens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ovanlig hunger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desorientering/hittar inte vägen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Överaktivitet/ovanligt pigg (tillfällig)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Vill du tillägga något symtom eller ge en noggrannare beskrivning?

22. Har du tagit blodprov efter att de första symtomen uppstod? *

Mark only one oval.

- Nej
- Ja, blodbilden var normal
- Ja, och blodbilden var avvikande. Beskriv närmare i följande fråga

23. Specificera nedan eventuella avvikelser i blodbilden

Check all that apply.

- Inga avvikelser
- Leukocyter (b-leuk) - antal vita blodkroppar
- Hemoglobin (B-Hb)
- Erytrocyter (b-eryt) - antal röda blodkroppar
- Kalium (Ka)
- Tyreotropin / (P-TSH eller S-TSH) - bukspottskörtel
- Fibrinin D-dimer (P-Fidd) - koagulering
- CRP (snabbsänka)
- Annat, vad?

Other: _____

Tjänster och vård

Följande avsnitt berör tjänster och vård du sökt med anledning av coronasytom

24. Har du varit på sjukhus? Du kan välja flera alternativ *

Check all that apply.

- Jag har besökt akuten
- Jag har varit inlagd på sjukhus men inte fått intensivvård
- Jag har fått intensivvård
- Jag har inte fått sjukhusvård

Other: _____

25. Du kan beskriva mer noggrant om du vill

26. Har du varit nöjd med vården?

Mark only one oval per row.

	Nöjd eller i stort sett nöjd	Missnöjd/besviken	Har inte använt
Sjukvård via app, t ex KRY	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Corona-info via 11313	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rådgivningssamtal via 1177	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Larmcentralen 112	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambulansen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vårdcentralen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sjukhus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Egna servicebeendet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privat läkarmottagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utomlands	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drive-in-mottagning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Företagshälsovården	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Tack
för
dina
svar!

Klicka på "SUBMIT" eller "skicka" för att sända dina svar.

Ingen personlig information samlas in i undersökningen och enskilda svar kan inte identifieras. Resultaten från undersökningen kommer att publiceras anonymt i Facebook-gruppen "COVID-19, Vi som är drabbade". Resultaten av denna undersökning kan också komma att användas av media för att sprida information om sjukdomssymtom till så många människor som möjligt.

Undersökningen organiseras av Joni Savolainen och uppgifterna distribueras till administratörerna av och gruppledarna i gruppen "COVID-19, Vi som är drabbade".

Arrangören av enkäten är inte ansvarig för de svar som har getts i den eller för eventuell skada som undersökningen orsakat respondenterna eller tredje part.

NOTERA. Några av frågorna är obligatoriska för att du ska kunna gå vidare i enkäten.

27. Om du vill kan du fritt tillägga information om sjukdomstiden nedan

28. Respons angående enkätens innehåll eller utformning

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms