



Hoe gaat het met u?



VOOR U BEGINT...

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! Hieronder leest u meer over de vragenlijst en hoe deze in te vullen.

Het is belangrijk dat degene aan wie de brief gestuurd is, de vragenlijst invult.

In de vragenlijst staan vragen over gezondheid, welzijn en leefstijl. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Door de vragenlijst in te vullen en terug te sturen gaat u akkoord met deelname aan de GGD Gezondheidsmonitor 2024. U kunt er altijd voor kiezen om bepaalde vragen niet te beantwoorden of uw deelname te stoppen.

Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld, veilig opgeslagen en niet gedeeld met partijen die niet in de privacyverklaring staan. Uw antwoorden worden op groepsniveau verwerkt door de GGD, het RIVM en het CBS.

Meer informatie over hoe we omgaan met uw antwoorden staat in de privacyverklaring op de website van uw GGD.

Invullen vragenlijst...

- > Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- > Zet een kruisje in het hokje bij uw gekozen antwoord: .
- > Foutje gemaakt? Maak dan het foute hokje zwart: en zet een kruisje in het goede hokje: .
- > Kruis bij iedere vraag één antwoord aan, tenzij bij de uitleg van de vraag staat dat u meerdere antwoorden kunt aankruisen.
- > Soms kunt u een vraag overslaan op basis van een eerder antwoord. Er staat dan '→ GA NAAR VRAAG ...'.
- > Als we u vragen iets op te schrijven, wilt u dat doen binnen het tekstvak?
- > Als u een getal moet invullen, vul dan één cijfer per hokje in. Zet géén streepjes als u iets niet hoeft in te vullen.

Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

Goed

1	9	6	4
---	---	---	---

Niet goed

		19	64
--	--	----	----

Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0191 (gratis) of mail naar NLhelpdeskGM@ipsos.com
U krijgt dan contact met Ipsos I&O, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek. De helpdesk kan u helpen met het invullen van de vragenlijst.

A. ALGEMEEN

A1. Wat is uw geboortjaar?

--	--	--	--

A2. Bent u ...?

- Een man
- Een vrouw
- Non-binair
- Anders dan bovenstaande

A3. **Met welke personen woont u samen?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Met een partner / echtgenoot of echtgenote
- Met kind(eren) jonger dan 4 jaar
- Met kind(eren) van 4 t/m 11 jaar
- Met kind(eren) van 12 t/m 17 jaar
- Met kind(eren) van 18 jaar of ouder
- Met mijn ouder(s) / verzorger(s)
- Met een andere volwassene / andere volwassenen
- Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een vaste relatie
- Ik woon alleen

A4. **Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?**

- Geen opleiding (*lager onderwijs niet afgemaakt*)
- Lager onderwijs (*basisschool, speciaal basisonderwijs*)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (*zoals ambachts- of huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b, vmbo-k, speciaal- of praktijkonderwijs*)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (*zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g, vmbo-t, mbo-kort, mbo-1*)
- Middelbaar beroepsonderwijs (*zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, mbo-2, mbo-3, mbo-4*)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (*zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium*)
- Hoger beroepsonderwijs (*zoals kweekschool, hbo, hts, heao, hbo-v, kandidaats of bachelor wetenschappelijk onderwijs*)
- Wetenschappelijk onderwijs (*doctoraal of master, postdoctoraal, hbo-master*)

B. GEZONDHEID

B1. **Hoe is over het algemeen uw gezondheid?**

- Zeer goed
- Goed
- Gaat wel
- Slecht
- Zeer slecht

B2. **Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?**

Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.

- Ja
- Nee

B3. **Bent u door problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?**

- Ja, ernstig beperkt
- Ja, wel beperkt maar niet ernstig
- Nee, helemaal niet beperkt → **GA NAAR VRAAG B5**

B4. **Duurt deze beperking al 6 maanden of langer?**

- Ja
- Nee

B5. Heeft u op dit moment gezondheidsklachten die (mogelijk) door het coronavirus komen? Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG C1

B6. Hoelang heeft u deze klachten door het coronavirus al? Kortere dan 3 maanden → GA NAAR VRAAG C1
 3 tot 12 maanden
 1 tot 3 jaar
 3 jaar of langer

B7. Bent u door deze klachten door het coronavirus beperkt in uw dagelijks leven? Ja, ernstig beperkt
 Ja, wel beperkt maar niet ernstig
 Nee, helemaal niet beperkt

B8. Heeft een arts vastgesteld dat u long covid / post-covid heeft? Ja
 Nee

C. WELBEVINDEN

C1. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Altijd	Meestal	Soms	Af en toe	Nooit
Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich hopeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Heeft u in de laatste 4 weken last gehad van stress? Bijvoorbeeld door werk, studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken, sociale media. Nee, (bijna) niet → GA NAAR VRAAG C4
 Ja, een beetje stress
 Ja, veel stress
 Ja, heel veel stress

C3. Op welke gebiedenervaarde u deze stress? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk. Werk Opvoeding / kinderen Mantelzorg
 Studie Wonen Geldzaken
 Relatie Gezondheid Sociale media
 Familie of vrienden Anders

C4. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

Weet u niet zeker wat u moet antwoorden op een vraag? Geef dan het best mogelijke antwoord.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Zelden	Soms	Af en toe	Regelmatig	Meestal	Bijna altijd	Altijd
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5. Kunt u voor elk van onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor het grootste deel van mezelf af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan ongeveer alles als ik m'n zinnen erop gezet heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6. In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Mijn leven heeft betekenis en doel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar dat de dingen die ik doe belangrijk zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb vertrouwen in de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. SOCIALE CONTACTEN

D1. **Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Min of meer	Nee
Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis een echt goede vriend of vriendin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar een leegte om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis gezelligheid om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik mis mensen om mij heen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaak voel ik me in de steek gelaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De volgende vragen gaan over uw sociale contacten. Hiermee bedoelen we familieleden, vrienden, kennissen of buren, maar niet hulpverleners.

D2. **Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die de laatste tijd op u van toepassing is?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Min of meer	Nee
Ik heb mensen om me heen die me willen helpen, die bijvoorbeeld klusjes voor me willen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb iemand met wie ik goed kan praten over persoonlijke problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga voor de gezelligheid bij familie, vrienden, kennissen of buren langs, of ze komen bij mij thuis langs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. LENGTE EN GEWICHT

E1. **Hoe lang bent u? (zonder schoenen)**

			centimeter
--	--	--	------------

E2. **Hoeveel weegt u zonder kleren? (afroonden op hele kilo's)**

Bent u zwanger? Vul dan het gewicht van vóór uw zwangerschap in.

			kilo
--	--	--	------

F. ROKEN EN ALCOHOL

F1. Rookt u weleens? <i>Het gaat om alle soorten tabaksproducten. Vapes of e-sigaretten tellen <u>niet</u> mee. Ook het verhitten van tabak of heatsticks telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
F2. Gebruikt u weleens een vape of e-sigaret?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
F3. Heeft u in het verleden gerookt of gevapet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
F4. Heeft u in de <u>laatste 12 maanden</u> weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails? <i>Dranken met weinig alcohol tellen wel mee. Dranken zonder alcohol (0,0%) tellen <u>niet</u> mee.</i>	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG F6 <input type="checkbox"/> Nee
F5. Heeft u ooit alcohol gedronken?	<input type="checkbox"/> Ja → GA NAAR VRAAG G1 <input type="checkbox"/> Nee → GA NAAR VRAAG G1
F6. Op hoeveel van de <u>4 door-de-weekse dagen</u> (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?	<input type="checkbox"/> 4 dagen <input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> Minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> Ik drink nooit doordeweeks → GA NAAR VRAAG F8
F7. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen <input type="checkbox"/> 6 glazen <input type="checkbox"/> 5 glazen <input type="checkbox"/> 4 glazen <input type="checkbox"/> 3 glazen <input type="checkbox"/> 2 glazen <input type="checkbox"/> 1 glas
F8. Op hoeveel van de <u>3 weekend-dagen</u> (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?	<input type="checkbox"/> 3 dagen <input type="checkbox"/> 2 dagen <input type="checkbox"/> 1 dag <input type="checkbox"/> Minder dan 1 dag <input type="checkbox"/> Ik drink nooit in het weekend → GA NAAR VRAAG F10
F9. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen <input type="checkbox"/> 6 glazen <input type="checkbox"/> 5 glazen <input type="checkbox"/> 4 glazen <input type="checkbox"/> 3 glazen <input type="checkbox"/> 2 glazen <input type="checkbox"/> 1 glas

F10. Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden **4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?**

- Meer dan 1 keer per week
- 1 keer per week
- 1 - 3 keer per maand
- Minder dan 1 keer per maand
- Nooit → GA NAAR VRAAG G1

F11. Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden **6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?**

- Meer dan 1 keer per week
- 1 keer per week
- 1 - 3 keer per maand
- Minder dan 1 keer per maand
- Nooit

G. MIDDELENGEBRUIK

G1. Heeft u de volgende middelen wel eens gebruikt?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, in de laatste 4 weken	Ja, in de laatste 12 maanden, maar niet in de laatste 4 weken	Ja, langer dan 12 maanden geleden	Nee, nooit gebruikt
Wiet (cannabis, hasj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine (pep of speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XTC (ecstasy, MDMA, M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paddo's of truffels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne (snuifcoke / sos / coke / wit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamine (ket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2-CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-MMC (Poes) of 4-MMC (Mefedron / MiauwMiauw)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere drugs, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. BEWEGEN

De volgende vragen gaan over bewegen. Elke vraag gaat over een andere activiteit. Denk bij de vragen aan een normale week in de laatste maanden.

H1. Woon-werkverkeer <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u lopend naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
H2. Lichamelijke activiteit op werk of school <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal uren per week	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>zwaar</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
H3. Huishoudelijke activiteiten <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan koken, strijken, stofzuigen of opruimen.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week doet u <u>zwaar</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan zware boodschappen de trap op tillen, meubels verplaatsen of op uw knieën de vloer schoonmaken.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
H4. Vrije tijd <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u wandelen? <i>Lopen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u fietsen? <i>Fietsen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week werkt u in de tuin?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week klust u in uw vrije tijd?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

H5. Sport <i>Welke sporten doet u? Denk aan fitness / conditietraining, tennis, hardlopen, of voetbal. U kunt 4 sporten opgeven. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.</i>	Hoeveel dagen per week doet u aan deze sport?	Hoeveel tijd doet u gemiddeld op zo'n dag aan deze sport?
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

I. VOEDING

I1. Hoeveel dagen in een gewone week ...

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Aantal dagen							
	0	1	2	3	4	5	6	7
... ontbijt u? (<i>drinkontbijt, ontbijtreep, muesli en dergelijke telt ook als ontbijt</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... kookt u of iemand uit uw huishouden zelf een warme maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eet u groente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... eet u fruit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... drinkt u water of zwarte/groene thee zonder suiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I2. Op de dagen dat u groenten eet, hoeveel opscheplepels eet u dan gewoonlijk?

<i>NB. Een opscheplepel is ongeveer 50 gram.</i>	Aantal opscheplepels							
	Ik eet nooit groente	Minder dan 1	1	2	3	4	5	Meer dan 5 lepels
Groente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I3. Op de dagen dat u fruit eet, hoeveel stuks fruit eet u dan gewoonlijk?

<i>NB. 1 stuk fruit is bijvoorbeeld een middelgrote appel of 2 mandarijntjes. Bij klein fruit, zoals kersen, kunt u een handjevol voor 1 stuk tellen.</i>	Aantal stuks per dag						
	Ik eet nooit fruit	1	2	3	4	5	Meer dan 5
Fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I4. Op de dagen dat u water of thee drinkt, hoeveel glazen drinkt u dan gewoonlijk?

	Aantal glazen per dag								
	Minder dan 1	1	2	3	4	5	6	7	7 of meer
Water of zwarte/groene thee zonder suiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. SLAAP

- J1 **Hoe goed slaapt u meestal?**
- Zeer goed
 - Goed
 - Gaat wel
 - Slecht
 - Zeer slecht
-
- J2 **Hoe vaak voelt u zich overdag slaperig of moe doordat je niet goed slaapt?**
- (Bijna) nooit
 - Een paar keer per maand
 - Een paar keer per week
 - (Bijna) elke dag
-
- J3 **Gebruikt u slaap- of kalmeringsmiddelen op recept / doktersvoorschrift?**
- Ja, 1 jaar of langer
 - Ja, korter dan 1 jaar
 - Nee, ik gebruik geen slaap- of kalmeringsmiddelen op recept / doktersvoorschrift

K. MENTALE GEZONDHEID

K1. **De volgende vragen gaan over hoe u zich in de laatste 4 weken heeft gevoeld. Geef het antwoord dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L. MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan bekenden die voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt zijn. Denk aan uw partner, ouders, kind, buren of vrienden. Deze zorg kan bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts. Mantelzorg wordt niet betaald. Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

L1. **Geeft u mantelzorg?**

- Ja
 Nee → **GA NAAR VRAAG L5**

L2. **Hoeveel uur mantelzorg geeft u gemiddeld per week, reistijd meegerekend?**

Afronden op hele uren.

Gemiddeld uur per week

L3. **Hoelang geeft u al mantelzorg?**

- Kortere dan drie maanden
 Drie maanden of langer

L4. **Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Hoe belast voelt u zich door het geven van mantelzorg?**

- Niet of bijna niet belast
 Een beetje belast
 Redelijk zwaar belast
 Erg zwaar belast
 Overbelast

L5. **Doet u vrijwilligerswerk?**

We bedoelen werk dat onbetaald wordt uitgevoerd bij een (sport)vereniging, kerk, school of andere organisatie.

- Ja
 Nee

M. NARE GEDACHTEN

M1. **Heeft u er in de laatste 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?**

- Nooit
 Een enkele keer
 Af en toe
 Vaak
 Heel vaak

Heeft u hulp nodig? Neem dan 24/7 gratis en anoniem contact op met 0800-0113 of chat op 113.nl.

N. HULPBEHOEFTE

N1. Kruis aan wat van toepassing is.

Ik heb hulp nodig op één of meerdere onderstaande gebieden maar krijg deze hulp niet.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Waar	Niet waar
Hulp bij het vinden van zinvolle dagactiviteiten (bijvoorbeeld (vrijwilligers-)werk/opleiding)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij het aanvragen van voorzieningen bij instanties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij het op orde brengen en houden van mijn financiën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij het zoeken naar een geschikte woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij het onderhouden van een woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij de opvoeding van mijn kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij mentale gezondheidsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij fysieke gezondheidsklachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij algemene dagelijks levensverrichtingen (zoals douchen, aankleden, toiletgang, eten bereiden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hulp bij vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u nergens waar aangekruist heeft, ga door naar vraag O1.

N2. Indien u bij één of meer van de onderwerpen waar heeft aangekruist, kruis onderstaand aan wat voor u van toepassing is. Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ik heb niemand in mijn netwerk, familie/vrienden/kennissen/buren, die mij kan helpen met mijn hulpvraag
- Ik weet niet zo goed wat ik nodig heb om mijn hulpvraag op te lossen
- Ik weet niet welke organisaties er zijn die mij kunnen helpen met mijn hulpvraag
- De organisatie die ik nodig heb kan mij (op dit moment) niet helpen vanwege wachtlijsten
- De beschikbare organisaties hebben niet de juiste kennis of kunde om mij te helpen
- De organisaties die er zijn, zijn voor mij niet fysiek toegankelijk, omdat hun faciliteiten (bijvoorbeeld gebouw) niet zijn ingericht op mijn beperking
- De organisaties die er zijn, zijn voor mij niet toegankelijk, omdat het type ondersteuning dat zij leveren niet is ingericht op mijn beperking
- De organisaties die er zijn, hebben geen begrip voor mijn identiteit en/of cultuur
- De organisaties die er zijn, zijn voor mij niet bereikbaar (de afstand is te groot)
- Ik heb geen vertrouwen in de in mijn omgeving actieve organisaties
- Anders, namelijk:

O. SOCIALE OMGEVING

O1. Hieronder wordt een aantal stellingen gegeven over mensen in de buurt waar u woont. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met deze stellingen?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
De mensen in mijn buurt helpen elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt voelen zich verbonden met elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt zijn te vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga liever niet om met de mensen die in mijn buurt wonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P. GELUIDHINDER

P1. Denk bij deze vraag aan de laatste 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent? Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ik ben helemaal niet gehinderd					Ik ben extreem gehinderd					Niet hoorbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkeer op wegen waar je <u>niet</u> harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brommers / scooters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windturbines / windmolens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmtepompen / airco's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiphol (taxiën, proefdraaien en/of andere grondactiviteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Circuit Zandvoort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q. SLAAPVERSTORING

Q1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geluid** van de onderstaande bronnen **uw slaap verstoort** wanneer u thuis bent?

Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

	Mijn slaap is helemaal niet verstoord					Mijn slaap is extreem verstoord					Niet hoorbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>												
Verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkeer op wegen waar je <u>niet</u> harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brommers / scooters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windturbines / windmolens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmtepompen / airco's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiphol (taxiën, proefdraaien en/of andere grondactiviteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. **Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer?**

Denkt u hierbij aan de laatste 12 maanden.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

<input type="checkbox"/> 06:00-07:00	<input type="checkbox"/> 07:00-08:00	<input type="checkbox"/> 08:00-19:00
<input type="checkbox"/> 19:00-22:00	<input type="checkbox"/> 22:00-23:00	<input type="checkbox"/> 23:00-24:00
<input type="checkbox"/> 24:00-05:00	<input type="checkbox"/> 05:00-06:00	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing

R. GEURHINDER

R1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geur** van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent? Als u een geur bij u thuis niet ruikt, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ik ben helemaal niet gehinderd							Ik ben extreem gehinderd			Ruik ik niet
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Open haard / allesbrander / andere houtkachel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuurkorf / barbecue / terrashaard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riolering / waterzuivering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbouw / veeteelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schiphol (taxiën, proefdraaien en/of andere grondactiviteiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>											

S. WONING EN WOONOMGEVING

S1. Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?

Geef een rapportcijfer van 1 tot 10, 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Zeer ontevreden							Zeer tevreden			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Groen in uw buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fiets- en wandelmogelijkheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Speelmogelijkheden voor kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Voorzieningen voor jongeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sportvoorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mogelijkheden voor (sociale) ontmoetingen (bijv. buurthuis / wijkcentrum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zorg- en welzijnsvoorzieningen (bijv. huisarts, apotheek, maatschappelijk werk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Veiligheid in uw buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Openbare- en gedeelde vervoersvoorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bereikbaarheid en toegankelijkheid van sociale voorzieningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

S2. **Kunt u tijdens een lange periode van warm weer verkoeling vinden binnen en buiten uw woning?** Geef een rapportcijfer van 1 tot 10, 1 = vrijwel onmogelijk, 10 = heel goed mogelijk.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Vrijwel onmogelijk					Heel goed mogelijk				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Binnen in uw woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buiten (balkon / tuin / buurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S3. **De volgende vragen gaan over uw woning in de afgelopen 12 maanden. Wilt u met ja of nee aangeven of het onderstaande geldt voor uw woning?**

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja	Nee
Er zijn schimmel- of vochtplekken in mijn woon- en/of slaapkamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er wordt in mijn huis dagelijks gerookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind dat ik mijn huis voldoende kan ventileren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T. HINDER

T1. **Denk bij deze vraag aan de laatste 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate stof, roet of rook van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?** Als een bron bij u thuis niet merkbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ik ben helemaal niet gehinderd					Ik ben extreem gehinderd					Niet merkbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Wegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scheepvaart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Open haard / allesbrander	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuurkorf / barbecue / terrashaard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaksrook van burens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bouwen, verbouwen, slopen, graven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbouw- en veeteeltactiviteiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overig, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>												

T2. De volgende vragen gaan over uw woonsituatie en uw bezorgdheid hierover.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Is deze situatie op u van toepassing?	Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?
Ik woon in een drukke straat	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon in de buurt van een vliegveld	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon in de buurt van zendmasten voor radio en TV of bij antennes voor mobiele telefoons	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon in de buurt van hoogspanningslijnen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon op verontreinigde grond	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon in de buurt van bedrijven of industrie	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ik woon langs een route (weg, water, spoor, pijp) voor gevaarlijke stoffen	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Anders, namelijk: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja → <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nee

T3. Sinds welk jaar woont u in deze woning? Sinds

T4. Sinds welk jaar woont u in deze buurt? Sinds

U. WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

U1. Welke situatie is op u van toepassing?
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Ik heb betaald werk, 1-19 uur per week
- Ik heb betaald werk, 20 uur of meer per week
- Ik ben met pensioen (AOW, prepensioen)
- Ik ben werkloos / werkzoekend (geregistreerd bij het UWV)
- Ik ben arbeidsongeschikt (WAO, WAZ, WIA, Wajong)
- Ik heb een bijstandsuitkering
- Ik ben huisvrouw / huisman
- Ik volg onderwijs / ik studeer

U2. Heeft u de laatste 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?

- Nee, geen enkele moeite
- Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
- Ja, enige moeite
- Ja, grote moeite

V. CHRONISCHE AANDOENINGEN

V1. **Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Nee	Ja, NIET door arts vastgesteld	Ja, door arts vastgesteld
Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) een hartinfarct of een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek, schouder, elleboog, pols of hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bontontkalking (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een andere langdurige ziekte of aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W. INWONERSPANEL

Graag horen we uw mening en ervaringen over diverse onderwerpen die met gezondheid te maken hebben. Met die informatie kunnen uw gemeente en de GGD gericht activiteiten organiseren om de gezondheidssituatie van de inwoners te verbeteren. Wordt daarom lid van het online panel van GGD Kennemerland. Als panellid ontvangt u een aantal keer per jaar een e-mail waarin we u uitnodigen om een korte online vragenlijst in te vullen.

Wilt u lid worden van het panel van GGD Kennemerland?

Meldt u dan aan via www.ggdkennerland.nl/panel

Op de website vindt u ook meer informatie over het panel en antwoorden op veel gestelde vragen. Deelname aan het panel is vrijwillig.

X. CADEAUBONNEN

Wilt u kans maken op één van de VVV Cadeaukaarten van 50 euro die wij verloten?

- Ja, ik wil kans maken op één van de VVV Cadeaukaarten en deelnemen aan de verloting en geef toestemming om mijn adresgegevens te gebruiken als ik gewonnen heb om de cadeaukaart te ontvangen.
- Nee, ik wil geen kans maken op één van de VVV Cadeaukaarten en doe niet mee aan de verloting.

Y. TOT SLOT

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Dat waren alle vragen. Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst? Dan kunt u dat hieronder aangeven.

Vult u hier alstublieft niet uw naam, adres of telefoonnummer in.

- > U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop (postzegel is niet nodig).
- > Bent u de antwoordenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: Ipsos I&O, Antwoordnummer 90275, 3009 VB Rotterdam. Een postzegel is niet nodig.
- > Meer informatie kunt u vinden op de website van de GGD.

Meer informatie over uw gezondheid

Deze vragenlijst over uw gezondheid, leefstijl, welzijn en leefomgeving heeft u misschien aan het denken gezet. Wij helpen u graag verder met betrouwbare informatie:

- Op www.thuisarts.nl vindt u betrouwbare informatie over gezondheid, leefstijl en ziekten.
- Doe de test op mijnpositievegezondheid.nl en kijk op welke manieren u uw lichamelijke en mentale gezondheid kunt versterken.
- Op www.ggdappstore.nl vindt u een overzicht van betrouwbare apps en websites waarmee u gelijk zelf aan de slag kunt.
- Op de website van www.ggdkennerland.nl staat informatie over gezondheid.
- Voor mogelijkheden en ondersteuning bij u in de buurt kijkt u op de website van uw gemeente.
- Maakt u zich zorgen over uw gezondheid, neem dan contact op met uw huisarts.