



**Hallo, hoe gaat  
het met ons?**

## VOOR U BEGINT...

Allereerst willen wij u hartelijk danken voor uw medewerking aan dit onderzoek.

- > Het is belangrijk dat degene aan wie de brief gestuurd is, de vragenlijst invult.
- > Neem de tijd om de vragen goed te lezen.
- > Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Als u twijfelt over het antwoord op een vraag, geef dan het antwoord dat het beste past.
- > Als u een vraag niet wilt beantwoorden mag u die overslaan.
- > Uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. U hoeft uw naam niet in te vullen en uw adresgegevens worden niet bewaard. De streepjescode op deze vragenlijst is bedoeld om er voor te zorgen dat u geen onnodige herinneringen krijgt.
- > Deelname is vrijwillig. Met het invullen en versturen van de vragenlijst geeft u toestemming tot het verwerken van uw (bijzondere)(persoons)gegevens. Kijk op de website van de GGD voor de privacyverklaring ([www.ggd gelderlandzuid.nl](http://www.ggd gelderlandzuid.nl), kijk bij Gezondheidsmeter 2020).
- > Meer informatie over dit onderzoek kunt u vinden op de website [www.ggd gelderlandzuid.nl](http://www.ggd gelderlandzuid.nl)

### Invullen vragenlijst

- > Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- > Zet in het hokje van uw keuze een kruisje: .
- > Heeft u een fout gemaakt? Maak het foute hokje zwart:  en zet een kruisje in het goede hokje: .
- > Soms wordt u gevraagd iets op te schrijven. Wilt u dat doen binnen het kader?
- > Als er gevraagd wordt een cijfer in te vullen moet u één cijfer per hokje invullen.

Goed 

1	9
---	---

      Fout 

19	
----	--

- > Kruis bij iedere vraag één antwoord aan. Wanneer u meer dan één antwoord mag aankruisen, staat dit aangegeven.
- > Bij sommige antwoorden staat aangegeven dat u kunt doorgaan naar een vraag verderop. Sla de tussenliggende vragen over.

### Terugsturen vragenlijst

- > Voordat u de vragenlijst terugstuurt, graag de brief en deze instructies er af scheuren.
- > U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is niet nodig.
- > Bent u de antwoordenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: I&O Research, Antwoordnummer 1104, 7500 VB Enschede. Een postzegel is niet nodig.

### Hulp nodig?

- > Als u de vragenlijst niet zelf kunt invullen, kunt u iemand vragen om u te helpen.
- > Heeft u vragen? Bel of e-mail ons! 0800-0191 (gratis) of [helpdesk@ioresearch.nl](mailto:helpdesk@ioresearch.nl)

## ALGEMENE VRAGEN

A1. **Wat is uw geslacht?**

Vul het geslacht in dat in uw paspoort of op uw identiteitskaart staat.

- Man  
 Vrouw

A2. **Wat is uw geboortejaar?**

1	9		
---	---	--	--

A3. **Wat is uw burgerlijke staat?**

- Getrouwd/geregistreerd partnerschap  
 Samenwonend  
 Niet getrouwd, nooit getrouwd geweest  
 Gescheiden, gescheiden levend  
 Weduwe, weduwnaar

A4. **Met welke personen woont u momenteel samen?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Met een partner/echtgenoot of echtgenote  
 Met kind(eren) jonger dan 18 jaar  
 Met kind(eren) van 18 jaar of ouder  
 Met mijn ouder(s)  
 Met een andere volwassene/andere volwassenen  
 Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie  
 Ik woon alleen

A5. **Tot welk geloof of levensovertuiging rekent u zich?**

- Rooms Katholiek →**ga naar vraag A7**  
 Protestants Christelijk  
 Islam →**ga naar vraag A7**  
 Ander geloof of levensovertuiging →**ga naar vraag A7**  
 Geen geloof→**ga naar vraag A7**

A6. **Tot welk Protestants Christelijk kerkgenootschap rekent u zich?**

- Reformatorisch (zoals: Gereformeerde Bond, Hersteld Hervormd, (Oud) Gereformeerde Gemeenten (in Nederland), Christelijk Gereformerd, Gereformeerde Kerk Vrijgemaakt, Nederlands Gereformeerde Kerk)  
 Overig protestants christelijk (zoals: Protestante Kerk Nederland (PKN, Hervormd, Gereformerd, Luthers), Pinkstergemeenten, Evangelisch, Doopsgezind, Remonstrants)

A7. **Hoe gelukkig voelt u zich meestal?**

Druk dit uit in een rapportcijfer van 1 tot en met 10, 1=heel erg ongelukkig, 10=heel erg gelukkig.

Heel erg ongelukkig

Heel erg gelukkig

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<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"/>

## GEZONDHEID

B1. Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Is deze:

- Zeer goed                       Slecht  
 Goed                                 Zeer slecht  
 Gaat wel

B2. Waar zoekt u meestal informatie over gezondheid?

- Bij de huisarts                       Bij buren, familie of vrienden  
 Op internet                             Ik zoek geen informatie

B3. Weet u wat goede informatie op internet is?

- Ja     Soms  
 Nee     Ik zoek geen informatie op internet

B4. Wanneer gaat u naar de huisarts?

- Ik ga meteen bij een klacht  
 Ik wacht even af  
 Ik ga als mijn klacht al heel erg is

	Ja	Nee	Soms
B5. Kunt u de huisarts goed vertellen wat uw klacht is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B6. Begrijpt u wat uw huisarts u vertelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B7. Weet u dat u soms kunt kiezen tussen 2 of 3 behandelingen bij dezelfde klacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B8. Weet u thuis nog wat de huisarts heeft gezegd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B9. Lukt het u om te doen wat de huisarts zegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B10. Weet u waar u informatie over uw ziekte kunt vinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B11. Lukt het u om informatie te krijgen over uw klacht of ziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B12. Hoeveel moeite heeft u met het gebruik van internet voor de volgende activiteiten?

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

	Geen moeite	Beetje moeite	Veel moeite	Kan ik niet	Niet van toepassing
Informatie opzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvragen doen of afspraken maken (zoals bij gemeente of huisarts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetbankieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online producten aanschaffen (boodschappen, theaterkaarten, kleding of vakantieverblijf boeken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mailen, chatten, berichten versturen (zoals Whatsapp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeldbellen (zoals Skype of Facetime)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Social media</i> (zoals Facebook, LinkedIn, Twitter of Instagram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LEEFSTIJL

C1. Hoe vindt u dat u over het algemeen slaapt?

- Goed  Redelijk slecht  
 Redelijk goed  Slecht

C2. Hoe lang bent u (zonder schoenen)?

--	--	--

 centimeter

C3. Hoeveel kilo weegt u zonder kleren? (afronden op hele kilo's)

--	--	--

 kilogram

C4. Bent u de afgelopen 6 maanden veel afgevallen zonder dat u dat wilde?

- Ja  Nee

## LEEFSTIJL: ROKEN

C5. Rookt u weleens?

*We bedoelen hier het roken van alle soorten tabaksproducten, maar niet het gebruik van een elektronische sigaret of een apparaat waarin tabak wordt verhit (heat-not-burn zoals IQOS).*

- Ja → Ga naar vraag C7  
 Nee

C6. Heeft u vroeger wel gerookt?

- Ja  Nee

C7. Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?

*Andere benamingen hiervoor zijn e-smoker of shisha-pen.*

- Ja  Nee

## LEEFSTIJL: ALCOHOL

C8. Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails?

*We bedoelen ook alcoholarm bier, maar niet alcoholvrij bier.*

- Ja → Ga naar vraag C10  
 Nee

C9. Heeft u ooit alcohol gedronken?

- Ja → Ga naar vraag C16  
 Nee → Ga naar vraag C16

C10. Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?

- 4 dagen  
 3 dagen  
 2 dagen  
 1 dag  
 Minder dan 1 dag  
 Ik drink nooit op door-de-weekse dagen → Ga naar vraag C12

C11. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen	<input type="checkbox"/> 6 glazen	<input type="checkbox"/> 3 glazen
	<input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen	<input type="checkbox"/> 5 glazen	<input type="checkbox"/> 2 glazen
	<input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen	<input type="checkbox"/> 4 glazen	<input type="checkbox"/> 1 glas

C12. Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?	<input type="checkbox"/> 3 dagen	<input type="checkbox"/> Minder dan 1 dag
	<input type="checkbox"/> 2 dagen	<input type="checkbox"/> Ik drink nooit in het weekend → Ga naar vraag C14
	<input type="checkbox"/> 1 dag	

C13. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?	<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen	<input type="checkbox"/> 6 glazen	<input type="checkbox"/> 3 glazen
	<input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen	<input type="checkbox"/> 5 glazen	<input type="checkbox"/> 2 glazen
	<input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen	<input type="checkbox"/> 4 glazen	<input type="checkbox"/> 1 glas

C14. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?	<input type="checkbox"/> Elke dag	<input type="checkbox"/> 1-3 keer per maand
	<input type="checkbox"/> 5-6 keer per week	<input type="checkbox"/> 3-5 keer per 6 maanden
	<input type="checkbox"/> 3-4 keer per week	<input type="checkbox"/> 1-2 keer per 6 maanden
	<input type="checkbox"/> 1-2 keer per week	<input type="checkbox"/> Nooit → Ga naar vraag C16

C15. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?	<input type="checkbox"/> Elke dag	<input type="checkbox"/> 1-3 keer per maand
	<input type="checkbox"/> 5-6 keer per week	<input type="checkbox"/> 3-5 keer per 6 maanden
	<input type="checkbox"/> 3-4 keer per week	<input type="checkbox"/> 1-2 keer per 6 maanden
	<input type="checkbox"/> 1-2 keer per week	<input type="checkbox"/> Nooit

## LEEFSTIJL: BEWEGEN

Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?

C16. Woon/werkverkeer (heen en terug) <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag					
Lopen van/naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
Fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min

C17. Lichamelijke activiteit op werk of school <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	Aantal uren per week			
Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur
Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild).	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur

<b>C18. Huishoudelijke activiteiten</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag
Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen).	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min

<b>C19. Vrije tijd</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag
Wandelen	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Tuinieren	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Klussen/doe-het-zelven	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min

<b>C20. Sport</b> <i>Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness, conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.</i>	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min

**C21. Bent u lid van een sportvereniging?**

Ja

Nee

**C22. Hoeveel uur zit u gemiddeld op een dag?**  
*Zoals zittend werk, eten, autorijden, televisiekijken, klutsen, lezen, etc. Afronden op hele uren.*

Gemiddeld  uren per dag

## VOEDING

### D1. Hoeveel dagen in de week eet u gewoonlijk:

	Aantal dagen in de week								
	Nooit	Minder dan 1	1	2	3	4	5	6	7 dagen
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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>
Vis	<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"/>
Vlees	<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"/>
Peulvruchten (zoals bruine bonen, linzen, kikkererwten)	<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"/>
Volkoren producten (zoals volkorenbrood, volkoren pasta, zilvervliesrijst)	<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"/>
Zuivel (zoals melk, yoghurt en kaas)	<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"/>

## SEKSUELE GEZONDHEID

### E1. Mist u intimiteit, intiem contact, knuffelen of aanrakingen in uw leven?

- Nee       Ja, regelmatig  
 Ja, soms       Ja, altijd

### E2. Hoe reageert u wanneer...

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

	Veel moeite mee	Moeite mee	Neutraal	Geen moeite mee	Totaal geen moeite mee
twee mannen elkaar in het openbaar zoenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
twee vrouwen elkaar in het openbaar zoenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een man en vrouw elkaar in het openbaar zoenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uw buurman of -vrouw transgender is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## LANGDURIGE AANDOENINGEN

### F1. Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?

*Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.*

- Ja  
 Nee



F2. **Bent u vanwege 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 F4**

F3. **Duurt deze beperking al een half jaar of langer?**

Ja  Nee

F4. **Heeft u het coronavirus (gehad)?**

Ja, dit is bevestigd met een test  
 Ja, ik denk het wel, maar ik ben niet getest  
 Nee, ik denk het niet → **Ga naar vraag F6**

F5. **Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?**

Niet ziek  Redelijk ziek  
 Een beetje ziek  Ernstig ziek

F6. **Bent u in de afgelopen 3 maanden weleens gevallen?**

Ja, 1 keer  
 Ja, 2 keer  
 Ja, meer dan 2 keer  
 Nee → **Ga door naar vraag G1**

F7. **Had u een verwonding door deze val?**

Ja  Nee

## BEPERKINGEN

G1. **Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat niet om tijdelijke problemen van voorbijgaande aard.**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, zonder moeite	Ja, met enige moeite	Ja, met grote moeite	Nee, dat kan ik niet
Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een voorwerp van 5 kg (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) 10 meter dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. **Ik kan goed voor mijzelf zorgen.**  
*Zoals wassen, aankleden, boodschappen doen,  
 huishoudelijk werk en koken.*

- Ja  
 Nee  
 Een beetje

G3. **Heeft u klachten over uw geheugen?**

- Ja  
 Nee  
 Soms

## WELBEVINDEN

H1. **In hoeverre bent u het eens met de stellingen die hieronder staan?**

*Geef op iedere regel uw antwoord*

	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens en 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"/>

H2. **De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.**

*Kruis op iedere regel het antwoord aan dat het beste omschrijft hoe vaak u dit gevoel hebt.*

	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"/>

H3. **Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?**

*Bijvoorbeeld door werk/studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken, social media?*

- Nee, (bijna) niet → **Ga naar vraag H5**  
 Ja, een beetje stress  
 Ja, veel stress  
 Ja, heel veel stress

H4. **Op welke gebieden ervaart u stress?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- |                                  |  |                                       |
|----------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Werk    | <input type="checkbox"/> Sociale contacten | <input type="checkbox"/> Mantelzorg   |
| <input type="checkbox"/> Studie  | <input type="checkbox"/> Opvoeding         | <input type="checkbox"/> Geldzaken    |
| <input type="checkbox"/> Relatie | <input type="checkbox"/> Wonen             | <input type="checkbox"/> Social media |
| <input type="checkbox"/> Familie | <input type="checkbox"/> Gezondheid        | <input type="checkbox"/> Anders       |

H5. **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"/>

## SOCIALE OMGEVING

I1. **Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?**

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

	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"/>

12. **Hoe vaak hebt u contact met buren of mensen die bij u in de straat wonen?**
- Minstens 1 keer in de week       1 keer per maand  
 3 keer per maand                       Minder dan 1 keer per maand  
 2 keer per maand                          Zelden of nooit

13. **Hieronder wordt een aantal stellingen gegeven. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met deze stellingen?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal eens	Beetje eens	Niet eens/ niet oneens	Beetje oneens	Helemaal oneens
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"/>
Werken is slechts een manier om geld verdienen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. **Heeft u weleens het gevoel buiten de samenleving te staan?**
- Zeer vaak  
 Vaak  
 Soms  
 Zelden  
 Nooit

15. **Voelt u zich weleens gediscrimineerd bijvoorbeeld vanwege uw geloof of huidskleur, uw seksuele voorkeur of uw leeftijd?**
- Nee, nooit  
 Ja, soms  
 Ja, vaak

## SOCIALE OMGEVING: VEERKRACHT

16. **De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen maand.**

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

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Altijd	Meestal	Soms	Af en toe	Nooit
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen	<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"/>
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"/>
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"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ZORG EN ZORGGEBRUIK

- J1. **Deze vraag gaat over een aantal langdurige ziekten en aandoeningen. Wilt u voor deze ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft?**

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

	Ja	Nee
Diabetes mellitus/suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoog cholesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of langdurige aandoening van de rug (inclusief hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incontinentie/onvrijwillig urineverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsslijtage (artrose) van heup of knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige aandoening van nek of schouder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere aandoening, namelijk: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- J2. **Wanneer heeft u voor het laatst voor uzelf contact gehad met een huisarts?**

*Bezoek aan huisarts, huisbezoeken en telefonisch consult (hiermee wordt niet bedoeld telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept)*

- In de afgelopen 2 maanden  
 Langer dan 2 maanden maar minder dan 12 maanden geleden → **Ga naar vraag J4**  
 12 maanden geleden of langer → **Ga naar vraag J4**  
 Nog nooit → **Ga naar vraag J4**

- J3. **Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 maanden contact gehad met uw huisarts?**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	keer
----------------------	----------------------	------

- J4. **Heeft u in de afgelopen 2 weken slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op doktersvoorschrift?**

*Zoals oxozepam (Seresta), temazepam (Normison), diazepam (Stesolid), lorazepam (Temesta), zopiclon (Imovane) of zolpidem (Stilnoct)*

- Ja  Nee

- J5. **Heeft u, of iemand in uw huishouden, de afgelopen 12 maanden een medische behandeling of tandheelkundige behandeling nodig gehad, maar deze niet ontvangen?**

- Ja  Nee

- J6. **Heeft u in het najaar van 2019 een grieprik gehad?**

- Ja  Nee

- J7. **Gaat u deze herfst (2020) een grieprik halen, of heeft u die gehad?**

- Ja  Nee  Weet ik niet

- J8. **Gebruikt u vitamine D suppletie of tabletten?**

- Ja  Nee

## MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan of ontvangt van een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. 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 mantelzorg.

K1. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?**  Ja  Nee → **Ga naar vraag L1**

K2. **Geeft u deze mantelzorg nu nog?**  Ja  Nee → **Ga naar vraag L1**

K3. **Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?**  
*Afronden op hele uren.* Gemiddeld    uur per week

K4. **Hoe lang geeft u al mantelzorg?**  Kortere dan drie maanden  
 Drie maanden of langer

K5. **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. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich momenteel?**  Niet of nauwelijks belast  
 Enigszins belast  
 Tamelijk zwaar belast  
 Zeer zwaar belast  
 Overbelast

K6. **Zou u ondersteuning willen bij de mantelzorg die u geeft?**  Ja, krijg ik al  
 Ja  
 Nee  
 Soms

## VRIJE TIJD

L1. **Doet u vrijwilligerswerk?**  Ja  Nee  
*Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.*

L2. **Wat geldt voor u?**

Ik geef geld aan goede doelen  Ja  Nee

Ik doe af en toe iets voor de buren  Ja  Nee

Ik breng glas naar de glasbak  Ja, altijd  Ja, soms  Nee, nooit

## NARE GEBEURTENISSEN THUIS

De volgende vragen gaan over nare gebeurtenissen in de thuissituatie. Het gaat om nare gebeurtenissen die u zijn aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex)partners, huisvrienden. Of door personen van wie u thuis afhankelijk bent. Zoals een mantelzorger of een professionele zorgverlener (iemand van de thuiszorg of een arts).

### M1. Is het in de afgelopen 12 maanden weleens voorgekomen dat iemand in de thuissituatie:

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Nee
U heeft beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U heeft geslagen, geschopt, geknepen of u op een andere manier lichamelijk geweld heeft aangedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U niet wilde helpen met uw persoonlijke verzorging (helpen met wassen of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U financieel heeft benadeeld? (zoals geld of bezit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw vrijheid heeft beperkt of uw privacy heeft geschonden? (zoals het achterhouden van uw post of u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongewenste seksuele opmerkingen heeft gemaakt of u heeft aangeraakt zonder dat u dat wilde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## WONING EN WOONOMGEVING

### N1. Hoe tevreden bent u met woning en omgeving?

*Druk dit uit in een rapportcijfer van 1 tot en met 10, 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
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"/>
Uw 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"/>

### N2. Geluidshinder. Denk bij deze vraag aan de afgelopen 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.*

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ik ben helemaal niet gehinderd ← → Ik ben extreem gehinderd											Niet hoorbaar
Geluidshinder van:	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"/>

N3. **Slaapverstoring.** Denk bij deze vraag aan de afgelopen 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.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Mijn slaap is helemaal niet verstoord ←————→ Mijn slaap is extreem verstoord											Niet hoorbaar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geluid slaap verstoord:												
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"/>

N4. **Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer?**

Denkt u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

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

N5. **Geurhinder.** Denk bij deze vraag aan de afgelopen 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 een geur bij u thuis niet ruikbaar 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 ruikbaar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Geurhinder door:												
Riolering, zuivering	<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 of 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"/>	<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"/>
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 of 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"/>
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"/>



**N6. Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?**

*Druk dit uit in een rapportcijfer van 1 tot en met 10, 1= vrijwel onmogelijk, 10=heel goed mogelijk).*

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	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, in uw tuin of 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"/>

**N7. Welk cijfer geeft u aan het groen in uw buurt?**

*Druk dit uit in een rapportcijfer van 1 tot en met 10, 1= heel slecht, 10=heel goed).*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Groen in de 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"/>

**N8. Ik vind dat er voldoende groen in de buurt is.**

- Helemaal mee oneens       Eens  
 Oneens       Helemaal mee eens  
 Niet eens en niet oneens

**N9. 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?**

	Ja	Nee
Er is in mijn huis dagelijks gerookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn schimmel- of vochtplekken in mijn woon- of slaapkamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind dat ik mijn huis voldoende kan ventileren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**N10. Is uw woning een huur- of koopwoning?**

- Koopwoning       Huurwoning

**N11. Is uw woning geschikt om oud(er) in te worden?**

- Ja  
 Nee, ik zou graag (op een later moment) willen verhuizen naar een andere woning  
 Nee, ik zou graag (op een later moment) aanpassingen aan mijn huis willen doen  
 Weet ik niet/heb ik nog niet over nagedacht

**N12. Voelt u zich weleens onveilig?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, vaak	Ja, soms	Zelden	Nee
Overdag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
's Avonds/'s nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TOT SLOT

01. **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/k, speciaal- of praktijkonderwijs*)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (*zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g/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*)

02. **Welke situatie is op u van toepassing?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Ik heb betaald werk, 1-11 uur per week
- Ik heb betaald werk, 12-19 uur per week
- Ik heb betaald werk, 20-31 uur per week
- Ik heb betaald werk 32 uur of meer per week
- Ik ben met pensioen (*AOW, prepensioen*)
- Ik ben werkloos/werkzoekend (*geregistreerd bij het UWV WERKbedrijf*)
- Ik ben arbeidsongeschikt (*WAO, WAZ, WIA, Wajong*)
- Ik heb een bijstandsuitkering
- Ik ben huisvrouw/huisman
- Ik volg onderwijs/ik studeer

03. **Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om de volgende dingen te doen?**

Ja                      Nee

Uw huis goed verwarmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lidmaatschap van sportclub of vereniging betalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij vrienden of familie op visite gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

04. **Heeft u de afgelopen 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

05. **Heeft u financiële problemen?**

- Ja
- Nee

06. **Bent u in staat om een onverwachte noodzakelijke uitgave van 1.000 euro te betalen zonder daarvoor schulden te maken of leningen aan te gaan?**

- Altijd
- Meestal
- Soms
- Meestal niet
- Nooit

07. **Bestaat uw (gezamenlijk) inkomen alleen uit AOW?**

- Ja
- Nee

De coronacrisis heeft voor sommige mensen weinig invloed op hun leven. Voor anderen is de invloed groter. Bijvoorbeeld door besmetting met het coronavirus. Of door de gevolgen van de maatregelen van de overheid om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

**08. Geef voor de onderstaande onderwerpen aan hoe deze voor u veranderd zijn door de coronacrisis.**

*Als een van deze onderwerpen niet voor u geldt omdat u bijvoorbeeld helemaal niet rookt, vul dan 'niet van toepassing' in. Rookt u wel, maar is daar niets in veranderd door de coronacrisis vul dan 'niet veranderd' in.*

	Beter	Niet veranderd	Slechter
Algemene gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Financiële situatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Meer	Niet veranderd	Minder	Niet van toepassing
Bewegen, sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gezond eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle over mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angstig voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eenzaam voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantelzorg geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrijwilligerswerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sociale contacten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Wij danken u hartelijk voor het invullen van de vragenlijst

### Doe mee aan het GGD panel

GGD Gelderland-Zuid vindt het belangrijk om te weten wat er speelt in de regio. Daarom is uw mening zeer belangrijk. Wij nodigen u uit om deel te nemen aan ons GGD panel. Per mail vragen we u dan regelmatig naar uw mening, ervaring of wensen over een bepaald onderwerp. Bijvoorbeeld over gezondheid, veiligheid of voorzieningen in uw buurt. Een korte digitale vragenlijst van 5-10 minuten. Uw antwoorden blijven anoniem. U kunt zich op elk moment afmelden.

### Hoe kan ik meedoen?

Wilt u meedoen? Ga dan naar de website van GGD Gelderland-Zuid en meld u aan via:  
[www.ggd gelderlandzuid.nl/over-de-ggd/panel/](http://www.ggd gelderlandzuid.nl/over-de-ggd/panel/)

### iPad of iWatch winnen?

Wilt u kans maken op het winnen van een prijs (iPad of iWatch naar keuze), dan kunt u hier uw e-mailadres achterlaten. We gebruiken dit emailadres *alleen* om de winnaars voor de prijzen te selecteren. Alleen als u de vragenlijst heeft ingevuld maakt u kans op een prijs. We gebruiken het e-mailadres om diegene te laten weten dat ze een prijs hebben gewonnen. Dit e-mailadres wordt na de uitreiking begin 2021 vernietigd.

Mijn e-mailadres is:

**DANK U WEL!** U kunt de ingevulde vragenlijst aan ons terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp naar I&O Research, Antwoordnummer 1104, 7500 VB Enschede. (een postzegel is niet nodig).

*Ruimte voor opmerkingen*

N.B. Laat hier geen persoonsgegevens achter (zoals naam, email, adres of telefoonnummer). Wij gaan u niet bellen of mailen, en komen niet langs.