



Gelderland-Zuid

**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 gelderland zuid.nl, kijk bij Gezondheidsmeter 2020).
- > Meer informatie over dit onderzoek kunt u vinden op de website www.ggd gelderland zuid.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

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?**

--	--	--	--

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 burens, 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? (afroonden op hele kilo's)
Indien u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen.

--	--	--

 kilogram

LEEFSTIJL: ROKEN

C4. 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 C6
 Nee

C5. Heeft u vroeger wel gerookt?

- Ja
 Nee

C6. Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?
Andere benamingen hiervoor zijn e-smoker of shisha-pen.

- Ja
 Nee

LEEFSTIJL: ALCOHOL

C7. 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 C9
 Nee

C8. Heeft u ooit alcohol gedronken?

- Ja → Ga naar vraag C15
 Nee → Ga naar vraag C15

C9. 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 C11

C10. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 of meer glazen | <input type="checkbox"/> 4 glazen |
| <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen | <input type="checkbox"/> 3 glazen |
| <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen | <input type="checkbox"/> 2 glazen |
| <input type="checkbox"/> 6 glazen | <input type="checkbox"/> 1 glas |
| <input type="checkbox"/> 5 glazen | |

C11. 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 C13 |
| <input type="checkbox"/> 1 dag | |

C12. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 of meer glazen | <input type="checkbox"/> 4 glazen |
| <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen | <input type="checkbox"/> 3 glazen |
| <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen | <input type="checkbox"/> 2 glazen |
| <input type="checkbox"/> 6 glazen | <input type="checkbox"/> 1 glas |
| <input type="checkbox"/> 5 glazen | |

C13. 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 C15 |

C14. 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?

C15. Woon/werkverkeer (heen en terug)

Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.

	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

C16. Lichamelijke activiteit op werk of school

Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.

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

C17. Huishoudelijke activiteiten

Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.

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

C18. Vrije tijd

Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.

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

C19. Sport

Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness, conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal.

Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.

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

C20. Bent u lid van een sportvereniging?

Ja

Nee

C21. Hoeveel uur zit u **gemiddeld** op een dag?

Zoals zittend werk, eten, autorijden, televisiekijken, kletsen, 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 (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, soms

Ja, regelmatig

Ja, altijd

E2. Heeft u de **afgelopen 6 maanden** geslachtsgemeenschap gehad met iemand met wie u geen vaste relatie had (losse partner)?

Ja

Nee → Ga naar vraag E4

E3. Hebt u een condoom gebruikt tijdens de laatste keer geslachtsgemeenschap met de persoon met wie u geen vaste relatie had (losse partner)?

Ja

Nee

Dat weet ik niet meer

E4. **Bent u in het afgelopen jaar getest op Seksueel Overdraagbare Aandoeningen (SOA)?**

- Ja
 Nee
 Dat weet ik niet meer

E5. **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"/>

DRUGS

F1. **Heeft u het afgelopen jaar drugs gebruikt?**

Ja Nee

Cannabis (wiet, marihuana of hasj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne, XTC, amfetamine (speed), paddo's, GHB, LSD of heroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LANGDURIGE AANDOENINGEN

G1. **Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?**

Ja Nee

Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.

G2. **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 G4**

G3. **Duurt deze beperking al een half jaar of langer?**

Ja Nee

G4. **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 H1**

G5. **Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?**

- Niet ziek Redelijk ziek
 Een beetje ziek Ernstig ziek

BEPERKINGEN

H1. **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"/>

WELBEVINDEN

I1. In hoeverre bent u het eens met de stellingen die hieronder staan? <i>Geef op iedere regel uw antwoord</i>	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"/>

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

<i>Kruis op iedere regel het antwoord aan dat het beste omschrijft hoe vaak u dit gevoel hebt</i>	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"/>

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

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

- Nee, (bijna) niet → **Ga naar vraag 15**
- Ja, een beetje stress
- Ja, veel stress
- Ja, heel veel stress

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

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Werk
- Studie
- Relatie
- Familie
- Sociale contacten
- Opvoeding
- Wonen
- Gezondheid
- Mantelzorg
- Geldzaken
- Social media*
- Anders

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

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	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

J1. **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?**

<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"/>

- J2. **Hoe vaak hebt u contact met buren of mensen die bij u in de straat wonen?**
- Minstens 1 keer in de week
 - 3 keer per maand
 - 2 keer per maand
 - 1 keer per maand
 - Minder dan 1 keer per maand
 - Zelden of nooit

- J3. **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"/>

- J4. **Heeft u weleens het gevoel buiten de samenleving te staan?**
- Zeer vaak
 - Vaak
 - Soms
 - Zelden
 - Nooit

- J5. **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

- J6. **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

K1. Deze vraag gaat over een aantal langdurige ziekten en aandoeningen. Wilt u voor deze ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>		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"/>

K2. 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 K4**
- 12 maanden geleden of langer → **Ga naar vraag K4**
- Nog nooit → **Ga naar vraag K4**

K3. Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 maanden contact gehad met uw huisarts?

		keer
--	--	------

K4. 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

K5. 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

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.

L1. Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?

- Ja
 Nee → Ga naar vraag M1

L2. Geeft u deze mantelzorg nu nog?

- Ja
 Nee → Ga naar vraag M1

L3. Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?

Afronden op hele uren.

Gemiddeld uur per week

L4. Hoe lang geeft u al mantelzorg?

- Kortere dan drie maanden
 Drie maanden of langer

L5. 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

L6. Zou u ondersteuning willen bij de mantelzorg die u geeft?

- Ja, krijg ik al
 Ja
 Nee
 Soms

VRIJE TIJD

M1. Doet u vrijwilligerswerk?

Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.

- Ja
 Nee

M2. 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

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.

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	
Geluidshinder van:												
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? Denk u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

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

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. Geurhinder door:	Ik ben helemaal niet gehinderd ←————→ Ik ben extreem gehinderd											Niet ruikbaar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
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 of 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).

Geef op iedere regel uw antwoord.	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.**

<input type="checkbox"/> Helemaal mee oneens	<input type="checkbox"/> Eens
<input type="checkbox"/> Oneens	<input type="checkbox"/> Helemaal mee eens
<input type="checkbox"/> 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. Voelt u zich weleens onveilig?

Geef op iedere regel uw antwoord.	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

O1. 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)

O2. 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

O3. Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om de volgende dingen te doen?

Geef op iedere regel uw antwoord.

	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 Ja, enige moeite
 Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven 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 niet
 Meestal Nooit
 Soms

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.

07. **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/

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 antwoordenvolop 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.