

Hallo, hoe gaat het met ons?



GGD Gezondheidsmeter 2020

Fijn dat u wilt meewerken aan dit onderzoek!



Het is belangrijk dat de persoon die op de brief vermeld staat de vragenlijst invult.

Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Geef het antwoord dat het best bij u past.



Bij de meeste vragen is het de bedoeling dat u één hokje aankruist. Wanneer u meer antwoorden mag aankruisen, staat dit apart vermeld.

Zet in het hokje van uw keuze een vinkje: ☒

Heeft u een verkeerd antwoord aangekruist? Kleur dan het goede antwoord helemaal in: ■

Voorbeeld:

Rotterdam ligt in Nederland

☒ Niet waar

■ **Waar** → U heeft nu 'waar' ingevuld



Vul bij een getal één cijfer per vakje in.

Voorbeeld: Uw geboortjaar is 1964

goed

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

fout

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



Uw antwoord kan worden vertrouwelijk behandeld. Voor meer informatie over privacy kijk op

www.gezondheidsmeterrijnmond.nl



Stuurt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde envelop. Een postzegel is **niet** nodig



Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0200 823 (gratis) of mail naar helpdesk@gezondheidsmeterrijnmond.nl

U krijgt dan contact met DESAN/Mediad, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek.



ALGEMEEN

Belangrijk: Om uw antwoorden op de vragenlijst te verwerken hebben wij uw toestemming nodig. Uw gegevens worden alleen voor onderzoek en volgens de privacyverklaring verwerkt. De privacyverklaring vindt u op www.gezondheidsmeterrijnmond.nl

A0	Geeft u toestemming? Zet een kruisje.	<input type="checkbox"/> Ja, ik geef toestemming om de antwoorden die ik in deze vragenlijst geef te verwerken voor onderzoek
A1	Wat is uw geslacht? <i>Vul het geslacht in dat in uw paspoort of op uw identiteitskaart staat.</i>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
A2	Wat is uw geboortejaar?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
A3	Wat is uw burgerlijke staat?	<input type="checkbox"/> Getrouwd / geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Samenlevend <input type="checkbox"/> Niet getrouwd, nooit getrouwd geweest <input type="checkbox"/> Gescheiden, gescheiden levend <input type="checkbox"/> Weduwe, weduwnaar
A4	Met welke personen woont u <u>momenteel</u> samen? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> Met een partner / echtgenoot of echtgenote <input type="checkbox"/> Met kind(eren) jonger dan 18 jaar <input type="checkbox"/> Met kind(eren) van 18 jaar of ouder <input type="checkbox"/> Met mijn ouder(s) <input type="checkbox"/> Met een andere volwassene / andere volwassenen <input type="checkbox"/> Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie <input type="checkbox"/> Ik woon alleen



UW GEZONDHEID

B1	Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Is deze:	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gaat wel <input type="checkbox"/> Slecht <input type="checkbox"/> Zeer slecht
B2	Hoe gelukkig bent u, alles meegenomen?	<input type="checkbox"/> Heel gelukkig <input type="checkbox"/> Tamelijk gelukkig <input type="checkbox"/> Niet zo gelukkig <input type="checkbox"/> Helemaal niet gelukkig <input type="checkbox"/> Weet niet



LENGTE EN GEWICHT

C1	Hoe lang bent u (zonder schoenen)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> centimeter
C2	Hoe veel kilo weegt u zonder kleren? <i>Indien u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kilogram (afronden op hele kilo's)



VOEDING

D1 Hoeveel dagen in een gewone week eet u:

Geef op iedere regel uw antwoord.	Minder dan 1x per week	Aantal dagen per week						
		1	2	3	4	5	6	7
ontbijt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
groente (zoals bonen, spinazie, wortelen, kool, aubergine, paprika, maïs, sla, komkommer, tomaat)?	<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 (zoals appel, sinaasappel, banaan, mango, dadel, druiven)?	<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"/>
friet, gefrituurde snack, hamburger, pizza, shoarma of kebab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een zelfgemaakte warme maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een kant-en-klaar maaltijd of diepvriesmaaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van een fastfoodrestaurant of snackbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van het bedrijfsrestaurant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd van een restaurant of café?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Drankjes met suiker zijn:

- Koffie of thee met suiker of honing
- Frisdrank met suiker (zoals cola, sinas, Icedea, meris, Spa & Fruit of Dubbelfriss)
- Energiedrankjes (energy drinks, zoals Red Bull)
- Sportdrinkjes (zoals AA-drink of Extran)
- Aanmaaklimonade (zoals siroop of rarin)
- Vruchtensap (zoals sinaasappelsap, appelsap, multivitaminesap of Dubbeldrank)
- Zoete melk- of yoghurt drankjes (zoals chocolademelk, milkshake, Fristi of Yogidrink)

LET OP: Light dranken (zoals cola light, Dubbelfriss light, Crystal Clear of Optimel) tellen **NIET** mee.

D2 Op hoeveel dagen per week drinkt u drankjes met suiker?

- ☐ (Bijna) nooit → **ga naar vraag E1**
- ☐ 1 dag
- ☐ 2 dagen
- ☐ 3 dagen
- ☐ 4 dagen
- ☐ 5 dagen
- ☐ 6 dagen
- ☐ Elke dag

D3 Als u drankjes met suiker drinkt, hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld per dag?

- ☐ 1 glas of minder
- ☐ 2 glazen
- ☐ 3 glazen
- ☐ 4 glazen
- ☐ 5 glazen
- ☐ 6 glazen
- ☐ Meer dan 6 glazen



ROKEN

- E1** 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 (heatstick, heat-not-burn), zoals de IQOS.
- ☐ Ja → **ga naar vraag E3**
☐ Nee
- E2** Heeft u vroeger wel gerookt?
- ☐ Ja
☐ Nee
- E3** Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?
Andere benamingen hiervoor zijn e-smoker of shisha-pen.
- ☐ Ja
☐ Nee



ALCOHOL

- F1** 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 F3**
☐ Nee
- F2** Heeft u ooit alcohol gedronken?
- ☐ Ja → **ga naar vraag G1**
☐ Nee → **ga naar vraag G1**
- F3** 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 F5**
- F4** Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?
- ☐ 16 of meer glazen
☐ 11 - 15 glazen
☐ 7 - 10 glazen
☐ 6 glazen
☐ 5 glazen
- ☐ 4 glazen
☐ 3 glazen
☐ 2 glazen
☐ 1 glas
- F5** Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?
- ☐ 3 dagen
☐ 2 dagen
☐ 1 dag
☐ Minder dan 1 dag
☐ Ik drink nooit in het weekend → **ga naar vraag F7**
- F6** Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?
- ☐ 16 of meer glazen
☐ 11 - 15 glazen
☐ 7 - 10 glazen
☐ 6 glazen
☐ 5 glazen
- ☐ 4 glazen
☐ 3 glazen
☐ 2 glazen
☐ 1 glas

F7 Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag
☐ 5 - 6 keer per week
☐ 3 - 4 keer per week
☐ 1 - 2 keer per week
☐ 1 - 3 keer per maand
☐ 3 - 5 keer per 6 maanden
☐ 1 - 2 keer per 6 maanden
☐ Nooit → **ga naar vraag G1**

F8 Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag
☐ 5 - 6 keer per week
☐ 3 - 4 keer per week
☐ 1 - 2 keer per week
☐ 1 - 3 keer per maand
☐ 3 - 5 keer per 6 maanden
☐ 1 - 2 keer per 6 maanden
☐ Nooit



DRUGS

G1 Heeft u de volgende middelen weleens gebruikt?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Nooit gebruikt	Ja, de afgelopen weken	Ja, in de afgelopen 12 maanden, maar niet in de afgelopen 4 weken	Ja, langer dan 12 maanden geleden
Cannabis (hasj, marihuana of wiet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XTC (ecstasy, MDMA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne (ook crack, gekookte coke of neebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine (pep, speed, e.d.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere drugs, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<div></div>				



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?

H1 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"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H2 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"/> uur
Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild).	<input type="text"/> <input type="text"/> uur
H3 Huishoudelijke activiteiten <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"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schroeven, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H4 Vrije tijd <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"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Tuinieren	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Klussen/doe-het-zelfen	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
H5 Sport <i>Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness/conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal.</i> <i>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"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min



LICHAMELIJKE GEZONDHEID EN BEPERKING

- 11** Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?
Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.
- ☐ Ja
☐ Nee
- 12** 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 14**
- 13** Duurt deze beperking al een half jaar of langer?
- ☐ Ja
☐ Nee
- 14** Heeft u het coronavirus (gehad)?
- ☐ Ja, dit is bevestigd met een test
☐ Ik denk het wel, maar ik ben niet getest
☐ Nee, ik denk het niet → **ga naar vraag 16**
- 15** Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?
- ☐ Niet ziek
☐ Een beetje ziek
☐ Redelijk ziek
☐ Ernstig ziek

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

Geef op iedere regel uw antwoord.

	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 bukt, 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

J1 De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

Geef op iedere regel het antwoord 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"/>

J2 Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?

Bijvoorbeeld door werk/studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken of social media.

- ☐ Nee (bijna) niet → **ga naar vraag J4**
☐ Ja, een beetje stress
☐ Ja, veel stress
☐ Ja, heel veel stress

J3 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

J4 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 CONTACTEN EN STEUN

K1 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 nood terug kan vallen.	<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 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 mij 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"/>



CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

L1 Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Nee	Ja, NIET door arts vastgesteld	Ja, door arts vastgesteld
Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct of nog last van de gevolgen hiervan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartritmestoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartinfarct of een andere ernstige aandoening aan het hart, zoals hartfalen of angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overspannenheid, burn-out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een andere langdurige ziekte of aandoening, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L2 Heeft u weleens last van uw gehoor nadat u muziek heeft geluisterd met oordopjes of een koptelefoon?

Bijvoorbeeld een piepen uw oren, een doof gevoel, minder goed kunnen horen.

- ☐ Ja, vaak
☐ Ja, soms
☐ Nee, nooit
☐ Nee, ik luister nooit muziek met oordopjes of koptelefoon

L3 Heeft u weleens last van uw gehoor als u op een plek met harde muziek bent, of daarna?

Bijvoorbeeld op een feest of in uw oren, een doof gevoel, minder goed kunnen horen.

- ☐ Ja, vaak
☐ Ja, soms
☐ Nee, nooit
☐ Nee, ik ben nooit op een plek met harde muziek → **ga naar vraag M1**

L4 Gebruikt u weleens oordoppen om uw gehoor te beschermen als u op een plek met harde muziek bent?

- ☐ Ja, altijd
☐ Ja, soms
☐ Nee, nooit



SEKSUELE GEZONDHEID

De volgende vragen gaan over seksuele gezondheid. De GGD wil graag weten hoe groot de groep is die door seks gezondheidsrisico's loopt. De uitkomsten geven daarnaast aan of de soa-zorg in de regio gebruikt wordt en voldoende is.

M1 Met wie heeft u seks gehad in de afgelopen 12 maanden?

Seks = vaginale, anale of orale seks.

- ☐ Alleen met mannen
- ☐ Zowel met man(nen) als vrouw(en)
- ☐ Alleen met vrouwen
- ☐ Ik heb geen seks gehad → **gaar naar vraag M3**

M2 Hoe vaak heeft u in de afgelopen 12 maanden een condoom gebruikt bij geslachtsgemeenschap met losse partner(s)?

Geslachtsgemeenschap = vaginale en anale seks, NIET orale seks.

Een losse partner is iemand met wie u geen vaste relatie had, of met wie de relatie binnen 3 maanden weer over was.

- ☐ Niet van toepassing, ik heb geen losse sekspartner(s) of ALLEEN orale seks gehad
- ☐ Altijd
- ☐ Meestal wel
- ☐ Soms wel, soms niet
- ☐ Meestal niet
- ☐ Nooit

M3 Bent u de afgelopen 12 maanden onderzocht op soa's of hiv?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

Soa = seksueel overdraagbare aandoening.

Hiv = het virus dat AIDS veroorzaakt.

- ☐ Nee
- ☐ Ja, bij de huisarts
- ☐ Ja, bij de soa-polikliniek van een GGD
- ☐ Ja, in een ziekenhuis
- ☐ Ja, in standaardtest bij zwangerschap of bloeddonatie
- ☐ Ja, een zelftest die ik heb opgestuurd naar een laboratorium
- ☐ Ja, een zelftest waarbij ik de uitslag gelijk thuis kon zien
- ☐ Ja, ergens anders



MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft en/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 bijvoorbeeld bestaan uit het huishouden doen, wassen en aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts.

- Mantelzorg wordt niet betaald.
- Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

N1 Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → **ga naar vraag N6**

N2 Geeft u deze mantelzorg nu nog?

- ☐ Ja
- ☐ Nee → **ga naar vraag N6**

N3 Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?

Antwoorden op hele uren.

Gemiddeld uur per week

N4 Hoe lang geeft u al mantelzorg?

- ☐ Korter dan drie maanden
- ☐ Drie maanden of langer

N5 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

N6 Doet u vrijwilligerswerk?
Werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.

- ☐ Ja
☐ Nee



VEILIG THUIS

De volgende vragen gaan over huiselijk geweld. Huiselijk geweld is geweld dat door gezinsleden, familieleden, (ex-)partners en huisvrienden wordt gepleegd. Het kan gaan om:

- Psychisch of emotioneel geweld (getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden, etc.);
- Lichamelijk geweld (mishandeld, geschopt of geslagen, etc.);
- Ongewenste seksuele toenadering (seksueel getinte opmerkingen, geweten aangeraakt, etc.);
- Seksueel misbruik (aangerand of verkracht).

O1 Bent u ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld?

- ☐ Ja
☐ Nee → **ga naar vraag P1**

O2 Om welke vorm van huiselijk geweld ging het?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Psychisch of emotioneel geweld
☐ Lichamelijk geweld
☐ Ongewenste seksuele toenadering
☐ Seksueel misbruik

O3 Wanneer was u slachtoffer van huiselijk geweld?

- ☐ 1 jaar geleden of korter
☐ Tussen 1 en 5 jaar geleden
☐ Langer dan 5 jaar geleden



GEZONDE LEEFOMGEVING

P1 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		
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"/>	
Tram / metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	
Scheepvaart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

P2 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 slaapverstoort 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		
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"/>	
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"/>	

P3 Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer? Denkt u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.

Er kunnen 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 | |

P4	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van een open haard of houtkachel?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit						
P5	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van een vuurkorf of BBQ?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit						
P6	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van bedrijven, industrie of scheepvaart?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit						
P7	Bent u bezorgd om uw gezondheid door milieufactoren in uw omgeving? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> Ja, door zendmasten, antennes en kabels <input type="checkbox"/> Ja, door luchtvervuiling <input type="checkbox"/> Ja, door vervuilde grond <input type="checkbox"/> Ja, door windturbines of windmolens <input type="checkbox"/> Ja, door een andere milieufactoor <input type="checkbox"/> Nee, ik ben niet bezorgd						
P8	Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> </div> <div> <p>Zeervredig ← → Zeer tevreden</p> </div> </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Woning</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </td> </tr> <tr> <td>Woonomgeving</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </td> </tr> </table>	Woning	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Woonomgeving	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		
Woning	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
Woonomgeving	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
P9	Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p>Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.</p> <p>1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> </div> <div> <p>Vrijwel onmogelijk ← → Heel goed mogelijk</p> </div> </div> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Binnen, in uw woning</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </td> </tr> <tr> <td>Buiten, in uw tuin of buurt</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </td> </tr> <tr> <td>Binnen, in andere gebouwen</td> <td> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 </td> </tr> </table>	Binnen, in uw woning	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Buiten, in uw tuin of buurt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Binnen, in andere gebouwen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
Binnen, in uw woning	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
Buiten, in uw tuin of buurt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
Binnen, in andere gebouwen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10							
P10	In hoeverre bent u tevreden met de stelling: Ik vind dat er voldoende groen in mijn buurt is (zoals parken, straten, grasstroken, groenstroken of speelplaatsen).	<input type="checkbox"/> Helemaal niet mee eens <input type="checkbox"/> Niet mee eens <input type="checkbox"/> Niet mee eens / niet mee oneens <input type="checkbox"/> Mee eens <input type="checkbox"/> Helemaal mee eens						



VERANDERINGEN DOOR DE CORONACRISIS

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.

Q1 Geef voor de onderstaande onderwerpen aan hoe deze voor u veranderd zijn door de coronacrisis.

Als één 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.

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



AANPASSEN LEEFSTIJL

R1 Bent u van plan binnenkort uw leefstijl aan te passen?

Zo ja, wat wilt u veranderen?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Minder alcohol drinken
- ☐ Stoppen met roken
- ☐ Meer bewegen / sporten
- ☐ Gezonder eten
- ☐ Gewicht verliezen / afvallen
- ☐ Persoonlijke problemen oplossen
- ☐ Meer met andere mensen omgaan
- ☐ Rustiger aandoen
- ☐ Iets anders
- ☐ Niets



S1 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, lta, leao, lhno, vmbo-b/k, speciaal- of praktijkonderwijs)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals (m)ulo, mavo, vmbo, mbo-kort, mbo-1)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (zoals vakopleidingen bakker, kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, mbo-2, mbo-3, mbo-4)
- ☐ Hoger algemeen voortgezet of voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals kweekschool, lbo, hts, heao, hbo-v, kandidaat- of bachelorwetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (doctoraal of master, postdoctoraal, hbo-master)

S2 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

S3 Heeft u in 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 met mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite



BELANGT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Heeft u bij elke vraag een kruisje gezet? Zonder dat kruisje kunnen wij uw antwoorden niet gebruiken.