



**Hoe gaat het met u?**



## VOOR U BEGINT...

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! Door mee te doen aan de GGD Gezondheidsmonitor helpt u de GGD en de gemeente te werken aan een goede gezondheid van de inwoners. Hieronder leest u meer over de vragenlijst en hoe deze in te vullen.

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

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

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

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

### Invullen vragenlijst...

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

Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

Goed

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

Niet goed

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

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

## A. ALGEMEEN

A1. Wat is uw geboortjaar?

--	--	--	--

A2. Bent u ...?

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

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

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

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

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

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

## B. GEZONDHEID

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

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

**B2. Kunt u over het algemeen de dingen doen die u wilt doen (ook al is uw gezondheid misschien niet optimaal)?**

- Ja
- Nee

**B3. Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?**

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

- Ja
- Nee

**B4. Bent u door problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?**

- Ja, ernstig beperkt
- Ja, wel beperkt maar niet ernstig
- Nee, helemaal niet beperkt → GA NAAR VRAAG B6

B5. Duurt deze beperking al **6 maanden of langer**?  Ja  
 Nee

B6. Heeft u **op dit moment** gezondheidsklachten die (mogelijk) door het coronavirus komen?  Ja  
 Nee → GA NAAR VRAAG B10

B7. Hoelang heeft u deze klachten door het coronavirus al?  Kortere dan 3 maanden → GA NAAR VRAAG B10  
 3 tot 12 maanden  
 1 tot 3 jaar  
 3 jaar of langer

B8. Bent u door deze klachten door het coronavirus beperkt in uw dagelijks leven?  Ja, ernstig beperkt  
 Ja, wel beperkt maar niet ernstig  
 Nee, helemaal niet beperkt

B9. Heeft een arts vastgesteld dat u long covid / post-covid heeft?  Ja  
 Nee

B10. Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat **niet** om tijdelijke problemen.

<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 of rollator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B11. De volgende vragen gaan over of u een aantal zaken zelfstandig kunt uitvoeren. Het gaat er niet om of u bepaalde werkzaamheden ook daadwerkelijk doet, maar of u ze zou kunnen verrichten, met of zonder moeite. Kunt u geheel zelfstandig:

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja, zonder moeite	Ja, met enige moeite	Ja, met grote moeite	Nee, dat kan ik niet
Ontbijt of lunch klaarmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warm eten klaarmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“Lichte” huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld stof afnemen of opruimen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
“Zware” huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijvoorbeeld dweilen, ramen lappen of stofzuigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw kleren wassen en strijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bed verschonen of opmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zich verplaatsen buitenshuis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergens naar toe gaan met eigen of openbaar vervoer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw geldzaken en /of andere administratie regelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## C. VALLEN

- C1. **Bent u bezorgd om te vallen?**
- Ja  
 Nee
- 
- C2. **Bent u in de laatste 12 maanden gevallen?**
- Ja, 1 keer  
 Ja, 2 keer of vaker  
 Nee → GA NAAR VRAAG C5
- 
- C3. **Bent u in de laatste 12 maanden gewond geraakt bij een val?**  
*Zoals een open wond, kneuzing, verstuiking of botbreuk.*
- Ja  
 Nee
- 
- C4. **Waar bent u de laatste keer gevallen?**
- In huis  
 Rondom het huis  
 Ergens anders  
 Weet ik niet meer
- 
- C5. **Wat doet u om te voorkomen dat u valt? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niets                          | <input type="checkbox"/> Minder of geen alcohol drinken                       |
| <input type="checkbox"/> Aanpassingen in of rondom huis | <input type="checkbox"/> Laten testen op valrisico of fitheid                 |
| <input type="checkbox"/> Cursus valpreventie            | <input type="checkbox"/> Lopen met een hulpmiddel, zoals een stok of rollator |
| <input type="checkbox"/> Extra bewegen of sporten       | <input type="checkbox"/> Anders   |
| <input type="checkbox"/> Meer eiwitrijke voeding eten   |   |

## D. ZORG EN HULP

D1. **Als u vanwege uw gezondheid hulp krijgt, van wie krijgt u deze dan?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Niet van toepassing, ik ontvang momenteel geen hulp vanwege mijn gezondheid
- Van een betaalde hulp (bijvoorbeeld iemand van de thuiszorg)
- Van een mantelzorger die u onbetaald helpt (zoals partner, ouders, kind, buren, vrienden)
- Van een vrijwilliger (iemand van een vrijwilligersorganisatie, bijvoorbeeld de kerk of de Zonnebloem)

D2. **Als u nu of in de toekomst vanwege uw gezondheid behoefte aan hulp heeft, is er dan iemand in uw omgeving die hulp kan bieden?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Ja, een huisgenoot (partner, inwonend kind of andere huisgenoot)
- Ja, kinderen of andere familieleden (niet inwonend), buren, vrienden of kennissen
- Nee, ik heb niemand in mijn omgeving die mij hulp kan bieden

D3. **Als u problemen heeft met uw gezondheid, vindt u het dan moeilijk om hulp te vragen aan andere mensen?**

- Nee
- Ja, een beetje moeilijk
- Ja, heel moeilijk

D4. **Onderstaande stellingen gaan over zorg, nu en in de toekomst. Geef aan in hoeverre u het eens bent met iedere stelling.**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal eens	Beetje eens	Niet eens, niet oneens	Beetje oneens	Helemaal oneens
Ik maak me zorgen of ik (in de toekomst) de zorg kan krijgen die ik nodig heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik denk dat ik goed met digitale zorg overweg kan (bijvoorbeeld videobellen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vraag eerst hulp aan familie, vrienden of buren voordat ik naar een (huis)arts of andere zorgverlener ga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## E. WELBEVINDEN

### E1. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

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

E2. **Heeft u in de laatste 4 weken last gehad van stress?** *Bijvoorbeeld door werk, studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken, sociale media.*

- Nee, (bijna) niet → **GA NAAR VRAAG E4**  
 Ja, een beetje stress  
 Ja, veel stress  
 Ja, heel veel stress

E3. **Op welke gebieden ervaarde u deze stress?** *Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- Werk  
 Studie  
 Relatie  
 Familie of vrienden  
 Opvoeding / kinderen  
 Wonen  
 Gezondheid  
 Mantelzorg  
 Geldzaken  
 Sociale media  
 Anders

### E4. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

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

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

**E5. 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"/>
Ik heb het gevoel dat ik een richting en een doel heb in mijn leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De dingen die ik doe in het dagelijks leven lijken mij vaak onbelangrijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geniet ervan om plannen te maken en uit te voeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb het gevoel mee te tellen in de samenleving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## F. SOCIALE CONTACTEN

**F1. Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?**

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



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

**F2. Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die de laatste tijd op u van toepassing is?**

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

**F3. Kunt u geheel zelfstandig sociale contacten leggen en onderhouden?**

- Ja, zonder moeite
- Ja, met enige moeite
- Ja, met grote moeite
- Nee, dat kan ik niet

## G. LENGTE EN GEWICHT

**G1. Hoe lang bent u? (zonder schoenen)**

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

**G2. Hoeveel weegt u zonder kleren? (afroonden op hele kilo's)**

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

## H. ROKEN EN ALCOHOL

**H1. Rookt u weleens?**

*Het gaat om alle soorten tabaksproducten. Vapes of e-sigaretten tellen niet mee. Ook het verhitten van tabak of heatsticks telt niet mee.*

- Ja → GA NAAR VRAAG H3
- Nee

**H2. Heeft u vroeger wel gerookt?**

- Ja
- Nee

**H3. Gebruikt u weleens een vape of e-sigaret?**

- Ja
- Nee

**H4. Heeft u in de laatste 12 maanden weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails? Dranken met weinig alcohol tellen wel mee. Dranken zonder alcohol (0,0%) tellen niet mee.**

- Ja → GA NAAR VRAAG H6
- Nee

**H5. Heeft u ooit alcohol gedronken?**

- Ja → GA NAAR VRAAG I1
- Nee → GA NAAR VRAAG I1

H6. 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 doordeweeks →
- GA NAAR VRAAG H8**

H7. 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

H8. 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 H10**

H9. 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

H10. Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

- Meer dan 1 keer per week
- 1 keer per week
- 1 - 3 keer per maand
- Minder dan 1 keer per maand
- Nooit → **GA NAAR VRAAG I1**

H11. Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?

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

## I. BEWEGEN

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

<b>I1. Woon-werkverkeer</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u lopend naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<b>I2. Lichamelijke activiteit op werk of school</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal uren per week	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>zwaar</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur	
<b>I3. Huishoudelijke activiteiten</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan koken, strijken, stofzuigen of opruimen.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week doet u <u>zwaar</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan zware boodschappen de trap op tillen, meubels verplaatsen of op uw knieën de vloer schoonmaken.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<b>I4. Vrije tijd</b> <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u wandelen? <i>Lopen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u fietsen? <i>Fietsen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week werkt u in de tuin?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week klust u in uw vrije tijd?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

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

## J. MENTALE GEZONDHEID

J1. De volgende vragen gaan over hoe u zich in de **laatste 4 weken** heeft gevoeld. Geef het antwoord dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

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

## K. MEEDOEN

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

K1. **Geeft u mantelzorg?**

Ja  
 Nee → **GA NAAR VRAAG K5**

---

K2. **Hoeveel uur mantelzorg geeft u gemiddeld per week, reistijd meegerekend? Afronden op hele uren.**

Gemiddeld  uur per week

---

K3. **Hoelang geeft u al mantelzorg?**

Kortere dan drie maanden  
 Drie maanden of langer

- K4. **Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Hoe belast voelt u zich door het geven van mantelzorg?**
- Niet of bijna niet belast  
 Een beetje belast  
 Redelijk zwaar belast  
 Erg zwaar belast  
 Overbelast
- 
- K5. **Doet u vrijwilligerswerk? We bedoelen werk dat onbetaald wordt uitgevoerd bij een (sport)vereniging, kerk, school of andere organisatie.**
- Ja  
 Nee
- 
- K6. **Bent u lid van een vereniging of club? Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.**
- Ja, van een sportvereniging of sportclub  
 Ja, van een andere vereniging of club  
 Nee

## L. NARE GEDACHTEN

- L1. **Heeft u er in de laatste 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?**
- Nooit → GA NAAR VRAAG M1  
 Een enkele keer  
 Af en toe  
 Vaak  
 Heel vaak
- 
- L2. **Heeft u met iemand gepraat over uw gedachte om een eind te maken aan uw leven?**
- Ja  
 Nee
- 
- L3. **Heeft u de laatste 12 maanden een poging ondernomen om een eind te maken aan uw leven?**
- Ja  
 Nee

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

## M. GELUIDHINDER

- M1. **Denk bij deze vraag aan de laatste 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent? Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.**

	Ik ben helemaal niet gehinderd					Ik ben extreem gehinderd					Niet hoorbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
Geef op iedere regel uw antwoord.	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 niet harder mag dan 50 km/uur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treinverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vliegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brommers / scooters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Windturbines / windmolens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Warmtepompen / airco's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## N. SLAAPVERSTORING

N1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geluid** van de onderstaande bronnen **uw slaap verstoort** wanneer u thuis bent?

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

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

## O. GEURHINDER

O1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geur** van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?

Als u een geur bij u thuis niet ruikt, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

	Ik ben helemaal niet gehinderd						Ik ben extreem gehinderd				Ruik ik niet	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		10
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>												
Open haard / allesbrander / andere houtkachel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuurkorf / barbecue / terrashaard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riolering / waterzuivering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbouw / veeteelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## P. STOF, ROET OF ROOKHINDER

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

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ik ben helemaal niet gehinderd					Ik ben extreem gehinderd					Niet merkbaar
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Open haard / allesbrander / andere houtkachel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuurkorf / barbecue / terrashaard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbouw / veeteelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Q. WONING EN WOONOMGEVING

Q1. Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?

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

Geef op iedere regel uw antwoord.	Zeer ontevreden					Zeer tevreden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groen in uw buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q2. Kunt u tijdens een lange periode van warm weer verkoeling vinden binnen en buiten uw woning? Geef een rapportcijfer van 1 tot 10, 1 = vrijwel onmogelijk, 10 = heel goed mogelijk.

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

Q3. De volgende vragen gaan over uw woning in de laatste 12 maanden.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja	Nee
Er zijn schimmel- of vochtplekken in mijn woon- of slaapkamer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er wordt in mijn huis dagelijks gerookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er wordt in mijn huis dagelijks gevapet (e-sigaret)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q4. Woont u in een koop- of huurwoning?

- Koopwoning  
 Huurwoning

- Q5. **Als mijn gezondheid het toelaat blijf ik het liefst in mijn eigen woning wonen.**
- (Helemaal) eens  
 Beetje mee eens  
 Niet mee eens, niet mee oneens  
 Beetje mee oneens  
 (Helemaal) mee oneens

- Q6. **Is uw woning geschikt om oud in te worden?**
- Ja  
 Met aanpassingen wel  
 Nee

- Q7. **Hieronder wordt een aantal stellingen gegeven over de mensen in de buurt waar u in woont. 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 helpen elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt voelen zich verbonden met elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt zijn te vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga liever niet om met de mensen die in mijn buurt wonen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn mensen in mijn buurt op wie ik kan terugvallen als het nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Q8. **In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken over uw buurt?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal eens	Beetje eens	Niet eens, niet oneens	Beetje oneens	Helemaal oneens
Ik vind mijn buurt aantrekkelijk om in te bewegen (zoals wandelen, hardlopen of fietsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er zijn voldoende plekken in mijn buurt waar ik andere bewoners buiten kan ontmoeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## R. WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

- R1. **Welke situatie is op u van toepassing?**  
*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*
- Ik heb betaald werk, 1-19 uur per week  
 Ik heb betaald werk, 20 uur of meer per week  
 Ik ben met pensioen (*AOW, prepensioen*)  
 Ik ben werkloos / werkzoekend (*geregistreerd bij het UWV*)  
 Ik ben arbeidsongeschikt (*WAO, WAZ, WIA, Wajong*)  
 Ik heb een bijstandsuitkering  
 Ik ben huisvrouw / huisman  
 Ik volg onderwijs / ik studeer



R2. Heeft u de laatste 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?

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

R3. Heeft u de laatste 12 maanden overwogen naar een (huis)arts of tandarts te gaan, maar bent u toch niet gegaan, omdat u opzag tegen de (mogelijke) kosten?

Ja  
 Nee

R4. Zijn er dingen waar u (of uw gezin) te weinig geld voor heeft?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk*

Nee  
 Boodschappen doen  
 Medicijnen of medische hulpmiddelen, zoals bril, lenzen, steunzolen  
 Auto of kosten voor vervoer  
 Huisvesting/ reparaties aan woning  
 Abonnementen (bijvoorbeeld telefoon, tv, krant)  
 Lidmaatschap van (sport)verenigingen

Feestjes, cadeaus  
 Deelname aan activiteiten (bijvoorbeeld georganiseerde activiteit in buurthuis, bezoek aan festival of museum)  
 Op vakantie gaan  
 Kleding kopen wanneer nodig  
 De verwarming aanzetten  
 Anders

## S. LEEFOMGEVING

S1. De volgende vragen gaan over uw woonsituatie en uw bezorgdheid hierover. Wilt u met *ja* of *nee* aangeven in kolom A of deze situatie op u van toepassing is? Als u *ja* heeft ingevuld, vul dan ook kolom B in.

	A. Is deze situatie op u van toepassing?			B. Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?	
	Nee	Ja		Ja	Nee
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>					
Ik woon in een drukke straat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van bedrijven of industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van landbouw / veeteelt / fruitteelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van hoogspanningslijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon langs een route (weg, water, spoor, pijp) voor gevaarlijke stoffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van een vliegveld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van 1 of meer windturbines (moderne windmolens)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik woon in de buurt van een kerncentrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**S2. Kunt u voor elk van onderstaande zaken aangeven hoe bezorgd u bent over de invloed op uw gezondheid?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Niet bezorgd	Beetje bezorgd	Bezorgd	Heel bezorgd	Extreem bezorgd
Teken (risico op de ziekte van Lyme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Exotische muggen (zoals de tijgermug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eikenprocessierups	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwemmen in natuurwater (zoals recreatieplassen, vennetjes, zee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Water van fontein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klimaatverandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fijnstof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**S3. In hoeverre maakt u zich zorgen over PFAS?**

- Niet bezorgd → **GA NAAR VRAAG S5**  
 Beetje bezorgd  
 Bezorgd  
 Heel bezorgd  
 Extreem bezorgd

**S4. Hoe bezorgd bent u over de invloed van PFAS op onderstaande gebieden?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Niet bezorgd	Beetje bezorgd	Bezorgd	Heel bezorgd	Extreem bezorgd
Uw eigen gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De gezondheid van (toekomstige) kinderen en kleinkinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De gezondheid van anderen (familie, vrienden en buurtgenoten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het milieu en de leefomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**S5. Heeft u in de laatste 3 maanden informatie gezocht over PFAS?**

- Nee, ik heb geen informatie gezocht  
 Ja en ik heb gevonden wat ik zocht  
 Ja, maar ik heb niet gevonden wat ik zocht

**S6. Hoe bezorgd bent u dat u de volgende infectieziekten oploopt?**

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Niet bezorgd	Beetje bezorgd	Bezorgd	Heel bezorgd	Extreem bezorgd
Ademhalingsinfecties (zoals griep of corona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seksueel overdraagbare infecties (zoals chlamydia, hiv of gonorrhoe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidinfecties (zoals schurft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecties door voeding (zoals voedselvergiftiging)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectieziekten overgedragen door dieren (zoals vogelgriep, Q-koorts of ziekte van Lyme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infectieziekten uit het buitenland (zoals malaria, knokkelkoorts, rabiës)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## T. VEILIGHEID

### T1. Voelt u zich wel eens 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"/>

De vorige vraag ging over uw veiligheidsgevoel in het algemeen. De volgende vraag gaat over de veiligheid in uw buurt.

### T2. Voelt u zich wel eens onveilig in uw eigen buurt?

- Ja  
 Nee

De volgende vragen gaan over nare gebeurtenissen in de thuissituatie.

Het gaat om nare gebeurtenissen die u zijn aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-)partners, huisvrienden, of door personen van wie u thuis afhankelijk bent, zoals een professionele zorgverlener, bijvoorbeeld iemand van de thuiszorg of een arts, of een mantelzorger

### T3. Is het in de laatste 12 maanden weleens voorgekomen dat iemand in de thuissituatie:

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

Heeft u hulp nodig? Neem dan 24/7 gratis contact op met 0800-2000 of chat op veiligthuis.nl

## U. VOORZIENINGEN

### U1. Weet u waar u in uw gemeente terecht kunt voor vragen en informatie over de volgende voorzieningen?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ja	Nee, maar ik wil wel informatie	Nee, heb ik geen informatie over nodig
Ondersteuning bij financiële problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondersteuning bij het geven van mantelzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondersteuning vanwege uw werk als vrijwilliger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvraag voor ondersteuning/hulp omdat u zich vanwege uw gezondheid zelf niet meer kunt redden (bijvoorbeeld aanvraag voor hulp in huis of voor een woningaanpassing of vervoersvoorziening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V. IDENTITEIT

### V1. Ziet u uzelf als LHBTQ+?

Met LHBTQ bedoelen we Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel, Transgender en Queer. De plus betekent dat er ook nog andere seksuele identiteiten mogelijk zijn, bijvoorbeeld Interseks, Aseksueel en Panseksueel.

- Ja
- Nee
- Zeg ik liever niet
- Weet ik niet

## W. TOT SLOT

### W1. Wilt u kans maken op een van de VVV Cadeaukaarten van 50 euro die wij verloten?

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

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

**Dat waren alle vragen. Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst? Dan kunt u dat hieronder aangeven. Vult u hier alstublieft niet uw naam, adres of telefoonnummer in.**

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

### Meer informatie over uw gezondheid

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

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

\* Hoe komen we aan uw adresgegevens? Zie de privacyverklaring.