



Noord- en Oost-Gelderland



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

VOOR U BEGINT...

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

- > Deelname is vrijwillig. Met het invullen en versturen van de vragenlijst geeft u toestemming tot het verwerken van uw (bijzondere)(persoons)gegevens, zoals u hier invult in de vragenlijst. Kijk op de website van de GGD voor de privacyverklaring.
- > Het is belangrijk dat het úw antwoorden op de vragen zijn en niet die van een eventuele huisgenoot.
- > De brief en deze instructie (dit velletje) hoeft u niet mee terug te sturen. Deze kunt u eenvoudig van de vragenlijst afscheuren via de perforatierand.
- > Neem de tijd om de vragen goed te lezen.
- > Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Als u twijfelt over het antwoord op een vraag, geef dan het antwoord dat het beste past.
- > Als u een vraag niet wilt beantwoorden mag u die overslaan.
- > Uw antwoorden op de vragen worden vertrouwelijk behandeld. U hoeft uw naam niet in te vullen en uw adresgegevens worden niet bewaard. De streepjescode op deze vragenlijst is bedoeld om er voor te zorgen dat u geen onnodige herinneringen krijgt.

Invullen vragenlijst

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

Goed

1	9
---	---

 Fout

19	
----	--

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

Terugsturen vragenlijst

- > U kunt de vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop. Een postzegel is niet nodig.
- > Bent u de antwoordenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: I&O Research, Antwoordnummer 1104, 7500 VB Enschede. Een postzegel is niet nodig.

Hulp nodig?

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

A. ALGEMEEN

A1. **Wat is uw geslacht?**

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

- Man
 Vrouw

A2. **Wat is uw geboortejaar?**

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

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

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

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

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

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

A5. **Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Is deze:**

- Zeer goed
 Goed
 Gaat wel
 Slecht
 Zeer slecht

B. LENGTE EN GEWICHT

B1. **Hoe lang bent u (zonder schoenen)?**

--	--	--

 centimeter

B2. **Hoeveel kilo weegt u zonder kleren? (afronden op hele kilo's)**

--	--	--

 kilogram

C. ROKEN EN ALCOHOL

C1. **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 C3**
 Nee

C2. **Heeft u vroeger wel gerookt?**

- Ja Nee

C3. **Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?**

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

- Ja
 Nee

C4. **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 C6**
 Nee

C5. **Heeft u ooit alcohol gedronken?**

- Ja → **Ga naar vraag D1**
 Nee → **Ga naar vraag D1**

C6. **Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?**

- 4 dagen 1 dag
 3 dagen Minder dan 1 dag
 2 dagen Ik drink nooit op door-de-weekse dagen → **Ga naar vraag C8**

C7. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?**

- 16 of meer glazen 4 glazen
 11 - 15 glazen 3 glazen
 7 - 10 glazen 2 glazen
 6 glazen 1 glas
 5 glazen

C8. **Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?**

- 3 dagen Minder dan 1 dag
 2 dagen Ik drink nooit in het weekend
 1 dag → **Ga naar vraag C10**

C9. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?**

- 16 of meer glazen 4 glazen
 11 - 15 glazen 3 glazen
 7 - 10 glazen 2 glazen
 6 glazen 1 glas
 5 glazen

C10. 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 D1**

C11. 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

D. BEWEGEN EN VOEDING

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?

D1. Woon/werkverkeer (heen en terug) <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
Lopen van/naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	<input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	<input type="text"/> <input type="text"/> min

D2. Lichamelijke activiteit op werk of school	Aantal uren per week
<i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	
Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur
Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur

D3. Huishoudelijke activiteiten	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag	
<i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>			
Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen).	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	<input type="text"/> <input type="text"/> min
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> uur	<input type="text"/> <input type="text"/> min

D4. Vrije tijd

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

	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag					
Wandelen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
Fietsen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
Tuinieren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
Klussen/doe-het-zelven	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min

D5. Sport

Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness/conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.

	Aantal dagen per week	Gemiddelde tijd per dag					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	min

D6. Hoeveel dagen in de week eet (of drinkt) u gewoonlijk:

	Aantal dagen per week							
	Minder dan 1	1	2	3	4	5	6	7 dagen
Groente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
Vis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Volkorenproducten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Drinkt u dagelijks minimaal 1,5 liter vocht?

Dat is ongeveer 12 kopjes of 6 glazen per dag.

Ja

Nee

E. AANDOENINGEN EN BEPERKINGEN

E1. **Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?**

Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.

- Ja
 Nee

E2. **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 E4**

E3. **Duurt deze beperking al een half jaar of langer?**

- Ja Nee

E4. **Heeft u het coronavirus (gehad)?**

- Ja, dit is bevestigd met een test
 Ja, ik denk het wel, maar ik ben niet getest
 Nee, ik denk het niet → **Ga naar vraag E6**

E5. **Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?**

- Niet ziek Redelijk ziek
 Een beetje ziek Ernstig ziek

E6. **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 staat, bukken en iets van de grond oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7. De volgende vragen gaan over een aantal veel voorkomende activiteiten. Wat is voor u op dit moment van toepassing? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, zonder enige moeite	Ja, maar wel met enige moeite	Ja, maar met veel moeite	Nee, alleen met hulp van anderen
Kunt u, geheel zelfstandig, ontbijt of lunch klaarmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, warm eten klaarmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, "lichte" huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. stof afnemen of prullen opruimen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, "zware" huishoudelijke werkzaamheden verrichten (bijv. dweilen, ramen lappen of stofzuigen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, uw kleren wassen en strijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, de bedden verschonen en/of opmaken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, de boodschappen doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u, geheel zelfstandig, gebruik maken van eigen of openbaar vervoer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. WELBEVINDEN

F1. Hoe gelukkig voelt u zich meestal?

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

Heel erg ongelukkig

Heel erg gelukkig

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Kunt u uw antwoord toelichten?

F2. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

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

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

F3. Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?

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

- Nee, (bijna) niet → **Ga naar vraag F5**
- Ja, een beetje stress
- Ja, veel stress
- Ja, heel veel stress

F4. 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

F5. 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"/>
Mijn leven heeft betekenis en doel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar dat de dingen die ik doe belangrijk zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F6. **De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde de afgelopen maand. Wilt u aangeven in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken?**

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

	Altijd	Meestal	Soms	Af en toe	Nooit
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7. **Er volgen nu enkele uitspraken. Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?**

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

F8. **Heeft u in de afgelopen 2 weken slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt op doktersvoorschrift?**

Ja Nee

Zoals oxazepam (Seresta), temazepam (Normison), diazepam (Stesolid), lorazepam (Temesta), zopiclon (Imovane) of zoldipem (Stilnoct).

G. GEZONDHEID

G1. **Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u die nu heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad en hierdoor beperkt bent (geweest) in het dagelijks leven?**

Geef op iedere regel uw antwoord.

	Nee, niet gehad	Ja, niet beperkt	Ja, beetje beperkt	Ja, erg beperkt
Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) hart- en vaataandoeningen (zoals een hartinfarct, angina pectoris, aderverkalking, hartritmestoornis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aandoening van hersenen of zenuwen (zoals migraine, ernstige hoofdpijn, Parkinson of MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziekten van spijsverteringsstelsel (zoals ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, spastische dikke darm, coeliakie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(vervolg) **Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u die nu heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad en hierdoor beperkt bent (geweest) in het dagelijks leven? Geef op iedere regel uw antwoord.**

	Nee, niet gehad	Ja, niet beperkt	Ja, beetje beperkt	Ja, erg beperkt
COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewrichtsslijtage of chronische gewrichtsontsteking (zoals artrose, slijtagereuma van heupen of knieën, reuma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia), nek, schouder, elleboog, pols of hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Botontkalking (osteoporose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onvrijwillig urineverlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(De gevolgen van) een ongeval (zoals verkeersongeluk, ongeval in huis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmingsstoornis (zoals depressie of bipolaire stoornis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angststoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een andere langdurige ziekte of aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G2. **Bent u in de afgelopen 3 maanden weleens gevallen?** Ja, 1 keer Ja, meer dan 2 keer
 Ja, 2 keer Nee → **Ga naar vraag H1**

G3. **Waar bent u (de laatste keer) gevallen?** In huis Om het huis Elders

G4. **Heeft u lichamelijk letsel opgelopen door deze (laatste) val?** Ja Nee

H. MANTELZORG

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

H1. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?** Ja Nee → **Ga naar vraag H6**

H2. **Geeft u deze mantelzorg nu nog?** Ja Nee → **Ga naar vraag H6**

H3. **Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?**
Afronden op hele uren. Gemiddeld uur per week

H4. **Hoe lang geeft u al mantelzorg?** Kortere dan drie maanden Drie maanden of langer

- H5. **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

- H6. **Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gekregen?** Ja Nee

I. SOCIALE OMGEVING

- I1. **Doet u vrijwilligerswerk?** Ja → **Ga naar vraag I3**
Hieronder wordt verstaan: werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd. Nee

- I2. **Wat is de reden dat u geen vrijwilligerswerk doet?**
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- De mogelijkheid is nog niet voorbij gekomen
 - Ik weet niet precies waar ik dan aan begin
 - Ik kan er geen tijd voor vrijmaken
 - Ik besteed mijn tijd liever aan andere zaken
 - Ik wil er niet aan vast zitten
 - Ik heb als vrijwilliger niets te bieden
 - Anders

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.

I3. Is het in de afgelopen 12 maanden weleens voorgekomen dat iemand in de thuissituatie: <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Nee
U heeft beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U heeft geslagen, geschopt, geknepen of u op een andere manier lichamelijk geweld heeft aangedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U niet wilde helpen met uw persoonlijke verzorging (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"/>

14. Hieronder staat een aantal sociale activiteiten. Wilt u aangeven hoe vaak u deze activiteiten doet? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	(Vrijwel) dagelijks	Wekelijks	Een paar keer per maand	Eén keer per maand of minder	(Vrijwel) nooit
Op bezoek gaan/bezoek ontvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contacten onderhouden via telefoon of internet (bijv. e-mail, Skype, WhatsApp, Facebook)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenigingsactiviteiten doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hobby uitvoeren/cursus volgen met anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bezoek aan en/of actief binnen de kerk, moskee enz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klusjes bij anderen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deelname aan activiteiten in de buurt (bijv. een buurtbarbecue of straatschoonmaakdag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uitstapje (bijv. dierentuin, park, museum, restaurant, café, bioscoop, wandelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **Zou u vaker sociale activiteiten willen doen?**
- Ja
- Nee → **Ga naar vraag 17**

16. **Waarom lukt dit niet?**
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- Er is te weinig aanbod in mijn omgeving
- Ik weet niet wat er te doen is
- Geen tijd of geen zin
- Vanwege problemen met mijn gezondheid/beperkingen
- Niet genoeg geld
- Geen vervoer
- Ik heb weinig sociale contacten
- Beperkende maatregelen i.v.m. het coronavirus
- Anders, namelijk:

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

18. Kunt u voor elk van onderstaande diensten en voorzieningen aangeven: - of u er gebruik van maakt - of u er gebruik van zou willen maken? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, gebruik ik wel eens	Nee, maar ik zou wel willen	Nee, geen behoefte aan	Nooit van gehoord
Lokaal initiatief om samen met anderen te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- of beweegactiviteiten voor ouderen vanuit een activiteiten- of dienstencentrum (bijv. ouderengym/-zwemmen, Meer Bewegen Voor Ouderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overige sport- of beweegactiviteiten in de eigen gemeente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recreatieve/culturele activiteiten voor ouderen vanuit een activiteiten- of dienstencentrum (bijv. kaarten, volksdansen, zingen, soos, cursus/studiekring, winkelen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vervoer (bijv. regiotaxi, vervoersdienst, boodschappentaxi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bankjes in uw omgeving (voor ontmoeting en/of om uit te rusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweegtuin (een plek buiten met beweegtoestellen voor volwassenen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veilige oversteekplaatsen en goede trottoirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prettige wandelpaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prettige fietsroutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. LEEFOMGEVING

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

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

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

J2. Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen uw slaap verstoort wanneer u thuis bent?

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

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

J3. Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer? Denkt u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

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

J4. Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geur van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?

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

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

J5. Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?

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

Geef op iedere regel uw antwoord.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Binnen in uw woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buiten, in uw tuin of buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J6. Welk cijfer geeft u aan het groen in uw buurt?

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

Heel slecht									Heel goed
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- J7. Ik vind dat er voldoende groen in de buurt is.
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Helemaal mee oneens | <input type="checkbox"/> Eens |
| <input type="checkbox"/> Oneens | <input type="checkbox"/> Helemaal mee eens |
| <input type="checkbox"/> Niet eens/niet oneens | |

J8. De volgende vragen gaan over uw woning in de afgelopen 12 maanden. Wilt u met ja of nee aangeven of het onderstaande geldt voor uw woning?

Geef op iedere regel uw antwoord.

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

- J9. Is uw woning geschikt om oud(er) in te worden?
- Ja → ga verder met vraag K1
 - Nee, ik zou graag (op een later moment) willen verhuizen naar een andere woning → ga naar vraag J10
 - Nee, ik zou graag (op een later moment) aanpassingen aan mijn huis willen doen → ga naar vraag J11
 - Weet ik niet / heb ik nog niet over nagedacht → ga naar vraag K1

- J10. Aan welke kenmerken moet uw nieuwe woning voldoen?
- Meerdere antwoorden mogelijk.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gelijkvloers | <input type="checkbox"/> Met tuin |
| <input type="checkbox"/> 1 slaapkamer | <input type="checkbox"/> Met zorg aan huis (zoals aanleunwoning of serviceflat) |
| <input type="checkbox"/> 2 slaapkamers | <input type="checkbox"/> Dicht bij voorzieningen (zoals supermarkt, huisarts en openbaar vervoer) |
| <input type="checkbox"/> 3 of meer slaapkamers | <input type="checkbox"/> Anders |
| <input type="checkbox"/> Met balkon | |

- J11. Waarmee zou u (in de toekomst) problemen in uw woning kunnen ondervinden?
- Meerdere antwoorden mogelijk.
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Met de trap(pen) | <input type="checkbox"/> Geen toilet op verdieping waar ik slaap |
| <input type="checkbox"/> Met de drempel(s) | <input type="checkbox"/> Het onderhoud aan het huis/tuin valt me (te) zwaar |
| <input type="checkbox"/> Geen steunen/beugels in de badkamer of het toilet | <input type="checkbox"/> Voldoende zorg ontvangen thuis is moeilijk |
| <input type="checkbox"/> Woning is ongeschikt voor mijn rolstoel/rollator | <input type="checkbox"/> Voorzieningen zijn (te) ver weg (zoals supermarkt, huisarts en openbaar vervoer) |
| <input type="checkbox"/> Het toilet is te laag | <input type="checkbox"/> Anders |

K. TOT SLOT

K1. **Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?**

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

K2. **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

K3. **Heeft u de afgelopen 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?**

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

K4. Kunt u internet gebruiken voor de volgende activiteiten? <i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, zonder moeite	Ja, met enige moeite	Ja, met grote moeite	Nee, dat kan ik niet	Niet van toepassing
Informatie opzoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aanvragen doen of afspraken maken (zoals bij gemeente of huisarts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internetbankieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Online producten aanschaffen (boodschappen, theaterkaarten, kleding of vakantieverblijf boeken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E-mailen, chatten, berichten versturen (zoals Whatsapp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeldbellen (zoals Skype of Facetime)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Social media (zoals Facebook, LinkedIn, Twitter of Instagram)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

K5. Geef voor de onderstaande onderwerpen aan hoe deze voor u veranderd zijn door de coronacrisis.

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

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

Wij danken u hartelijk voor het invullen van de vragenlijst

Heeft u nog opmerkingen over de vragenlijst, dan kunt u deze hieronder kwijt.

Word lid van ons GGD panel!

Dit onderzoek levert waardevolle informatie over gezondheid, maar daarmee houdt het niet op! Ook daarna willen we ons inspannen voor een gezonde gemeente. Uw mening is belangrijk! Word daarom lid van ons GGD Panel NOG Beter weten! Wilt u meedoen? Vink dan hieronder het hokje aan voor deelname aan het GGD-panel en vul uw e-mailadres in. Voor meer informatie over het GGD panel kunt u kijken op www.ggdnog.nl/panel

Prijs winnen?

Heeft u de vragenlijst ingevuld? Dan maakt u kans op één van de drie iPads die we verloten. Of u een prijs wint, wordt door loting bepaald. Prijzen kunnen niet worden geruild of tegen geld ingewisseld. Wilt u kans maken op een prijs, vink dan het hokje voor de verloting aan en vul uw e-mailadres in.

- Ja, ik wil meedoen aan het GGD-panel
- Ja, ik wil meedoen aan de verloting

Mijn e-mail adres is:

We gebruiken uw e-mailadres alleen voor de doeleinden die u hierboven heeft aangevinkt.