



GGD
Rotterdam-
Rijnmond



Hoe gaat het met u?



GGD Gezondheidsmonitor 2024

VOOR U BEGINT...

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! 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 GGD Rotterdam-Rijnmond.

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 1974

Goed

1	9	7	4
---	---	---	---

Niet goed

		19	74
--	--	----	----

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. Hoe gelukkig bent u, alles bijeen genomen?
- Heel gelukkig
 Tamelijk gelukkig
 Niet zo gelukkig
 Helemaal niet gelukkig
 Weet niet
-
- 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 C1**
-
- B7. Hoelang heeft u deze klachten door het coronavirus al?
- Korter dan 3 maanden → **GA NAAR VRAAG C1**
 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

C. WELBEVINDEN

C1. 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 redenen?	<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 checked="" 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"/>

C2. **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 C5**
 Ja, een beetje stress
 Ja, veel stress
 Ja, heel veel stress

C3. **Hoe lang heeft u last van deze stress?**

Kortere dan 3 maanden
 3 tot 12 maanden
 1 jaar of langer

C4. **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

C5. 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"/>

C6. 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"/>

C7. 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
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"/>

D. IN GESPREK OVER GEZONDHEID

D1. **Vindt u het lezen van Nederlands moeilijk?**

Ja
 Een beetje
 Nee

D2. **Maakt u gebruik van internet?**

Ja
 Ja, maar alleen met hulp van anderen
 Nee

D3. **Waar of bij wie zoekt u meestal informatie over gezondheid en ziekte?**

Bij de huisarts of apotheek
 Op internet
 Bij burens, familie of vrienden

D4. **Hoe vaak zoekt u naar informatie over gezondheid en ziekte?**

Nooit
 Soms
 Regelmatig
 Vaak

D5. **Wanneer bent u het laatst voor uzelf bij de huisarts geweest?**

In het laatste jaar
 Meer dan 1 jaar geleden
 Ik heb geen huisarts → **GA NAAR VRAAG D7**

D6. Hoe maakt u een afspraak met de huisarts?

- Ik ga naar de huisarts toe
- Ik bel voor een afspraak
- Via internet
- Iemand anders doet dat voor mij

D7. Begrijpt u wat de dokter zegt?

- Ja, altijd
- Ja, meestal wel
- Soms
- Nee

D8. Wat wilt u doen voor uw gezondheid?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Minder alcohol drinken
- Stoppen met roken
- Meer bewegen / sporten
- Gezonder eten
- Beter slapen
- Gewicht verliezen / afvallen
- Persoonlijke problemen oplossen
- Meer met anderen omgaan
- Rustiger aandoen
- Niets → GA NAAR VRAAG E1

D9. Wilt u hulp om gezonder te gaan leven?

- Ja
- Nee

E. SOCIALE CONTACTEN

E1. 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.

E2. **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"/>

F. ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

F1. **Heeft u diabetes (suikerziekte)?**

Ja, dit is vastgesteld door een arts
 Ja, maar dit is niet vastgesteld door een arts
 Nee

F2. **Heeft u ooit kanker gehad?**

Nee → **GA NAAR VRAAG F4**
 Ja, in het afgelopen jaar
 Ja, langer dan een jaar geleden, maar korter dan 5 jaar
 Ja, langer dan 5 jaar geleden

F3. **Wordt u nog tegen kanker behandeld?**

Ja, ik krijg nog een medische behandeling
 Nee, maar ik ben nog wel onder controle
 Nee

F4. **Heeft u weleens last van uw gehoor nadat u muziek heeft geluisterd met oordopjes of een koptelefoon?**
Bijvoorbeeld een piep in uw oren, een doof gevoel, minder goed kunnen horen.

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

F5. **Gebruikt u weleens oordoppen om uw gehoor te beschermen als u op een plek met harde muziek bent?**

Ja, altijd
 Ja, soms
 Nee, nooit
 Nee, ik ben nooit op een plek met harde muziek

G. LENGTE EN GEWICHT

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

centimeter

G2. **Hoeveel weegt u zonder kleren? (afronden op hele kilo's)**
Bent u zwanger? Vul dan het gewicht van vóór uw zwangerschap in.

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
 Nee → GA NAAR VRAAG H3

H2. **Hoe vaak rookt u?**

- Elke dag
 Minstens 1 keer per week, maar niet elke dag
 Minder dan 1 keer per week

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

- Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG H5

H4. **Hoe vaak gebruikt u een vape of e-sigaret?**

- Elke dag
 Minstens 1 keer per week, maar niet elke dag
 Minder dan 1 keer per week

H5. **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 H7
 Nee

H6. **Heeft u ooit alcohol gedronken?**

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

H7. **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 H9

H8. **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

H9. **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 H11

H10. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekenddag?

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

H11. 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

H12. 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. DRUGS

I1. Heeft u de volgende middelen weleens gebruikt?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Nee, nooit gebruikt	Ja, in de laatste 4 weken	Ja, in de laatste 12 maanden, maar niet in de laatste 4 weken	Ja, langer dan 12 maanden geleden
Cannabis (wiet, hasj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XTC (ecstasy, MDMA, M)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaine (snuifcoke, sos, coke, wit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amfetamine (pep, speed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GHB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketamine (ket)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paddo's of truffels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2C-B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3-MMC (Poes) of 4-MMC (Mefedron, MiauwMiauw)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. GOKKEN

J1. **Hoe vaak heeft u in de laatste 12 maanden online gegokt voor geld?**

We bedoelen online gokspellen zoals fruitautomaat/slots, sportweddenschappen zoals Toto of casinogames zoals roulette, kaartspellen of Rad van Fortuin.

- Nooit
 Minder dan 1 keer per maand
 Elke maand
 Elke week
 Elke dag

J2. **Hoe vaak heeft u in de laatste 12 maanden een gokhal of casino bezocht?**

- Nooit
 Minder dan 1 keer per maand
 Elke maand
 Elke week
 Elke dag

J3. **Heeft u in de laatste 12 maanden geldproblemen gekregen door gokken?**

- Ja
 Nee

K. 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.

K1. **Woon-werkverkeer**

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

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?

dagen

uur minuten

Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school?

dagen

uur minuten

K2. **Lichamelijke activiteit op werk of school**

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

Aantal uren per week

Hoeveel uur gemiddeld per week doet u licht of matig inspannend werk op uw werk of school?

Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.

uur

Hoeveel uur gemiddeld per week doet u zwaar inspannend werk op uw werk of school?

Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.

uur

K3. Huishoudelijke activiteiten <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
K4. Vrije tijd <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
K5. Sport <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

L. VOEDING

L1. Hoeveel dagen in een gewone week eet u:

Geef op iedere regel uw antwoord.	Minder dan 1x per week	1	2	3	4	5	6	7
groente (zoals bonen, spinazie, wortelen, kool, aubergine, paprika, maïs, sla, komkommer, tomaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit (zoals appel, sinaasappel, banaan, mango, dadel, druiven)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vlees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een zelfgemaakte warme maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd in of van een fastfoodrestaurant of snackbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een maaltijd in of van een café, restaurant of bedrijfskantine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M. VERBRANDEN DOOR DE ZON

M1. Hoe vaak bent u in de laatste 12 maanden verbrand door de zon?

U bent verbrand als u een rode, roodbruine, warme of pijnlijke huid hebt als u in de zon bent geweest.

- Nooit
- 1 - 2 keer
- 3 - 4 keer
- 5 keer of vaker
- Weet ik niet

M2. Wat doet u om uzelf tegen de zon te beschermen? Denk aan zonnige dagen in de afgelopen zomer waarop u buiten was.

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Regelmatig de schaduw opzoeken (zoals een boom, parasol of afdak)
- Een zonnebril dragen
- Tussen 12 uur en 16 uur 's middags in de schaduw blijven
- Zonnebrandcrème smeren
- Een pet of hoedje dragen
- Bedekkende kleding dragen (zoals een shirt met lange mouwen)
- Ik doe niks om mezelf te beschermen tegen de zon

N. MENTALE GEZONDHEID

N1. 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.

Geef op iedere regel uw antwoord.	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"/>

O. MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

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.

01. **Geeft u mantelzorg?** Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG 05
02. **Hoeveel uur mantelzorg geeft u gemiddeld per week, reistijd meegerekend? Afronden op hele uren.** Gemiddeld uur per week
03. **Hoelang geeft u al mantelzorg?** Kortere dan drie maanden
 Drie maanden of langer
04. **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
05. **Doet u vrijwilligerswerk? We bedoelen werk dat onbetaald wordt uitgevoerd bij een (sport)vereniging, kerk, school of andere organisatie.** Ja
 Nee

P. VEILIG THUIS

Huiselijk geweld is geweld dat door gezinsleden, familieleden, (ex-)partners en huisvrienden wordt gepleegd.

- P1. **Bent u ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld?** Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG Q1
- P2. **Om welke vorm van huiselijk geweld ging het? Psychisch of emotioneel geweld?** Psychisch of emotioneel geweld
 Lichamelijk geweld
 Ongewenste seksuele toenadering
 Seksueel misbruik
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.
- P3. **Wanneer was u slachtoffer van huiselijk geweld?** 1 jaar geleden of korter
 Tussen 1 en 5 jaar geleden
 Langer dan 5 jaar geleden

Q. NARE GEDACHTEN

- Q1. **Heeft u er in de laatste 12 maanden weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?** Nooit
 Een enkele keer
 Af en toe
 Vaak
 Heel vaak

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

R. TESTEN OP SOA EN HIV

R1. Heeft u in de **laatste 6 maanden** een soa-test of hiv-test gedaan?

Soa = seksueel overdraagbare aandoening.
Hiv = het virus dat aids veroorzaakt.

- Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG S1

R2. **Waarom heeft u de laatste keer een soa-test of hiv-test gedaan?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ik had klachten die passen bij een soa of hiv | <input type="checkbox"/> Mijn partner had seks zonder condoom met iemand anders |
| <input type="checkbox"/> Ik wilde zeker zijn dat ik geen soa of hiv had | <input type="checkbox"/> Ik wilde geen condoom gebruiken met mijn vaste partner |
| <input type="checkbox"/> Ik was bang dat ik een soa of hiv had | <input type="checkbox"/> Ik had een kinderwens / ik was zwanger |
| <input type="checkbox"/> Iemand met wie ik seks had, vertelde dat die een soa of hiv had | <input type="checkbox"/> Als onderdeel van een uitgebreid lichamelijk onderzoek of bloeddonatie |
| <input type="checkbox"/> Ik kreeg een nieuwe relatie | <input type="checkbox"/> Een andere reden |
| <input type="checkbox"/> Ik had seks zonder condoom | |

R3. **Waar heeft u zich de laatste keer laten testen op soa of hiv?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bij de huisarts | <input type="checkbox"/> Thuis met een zelftest die ik heb opgestuurd naar een laboratorium |
| <input type="checkbox"/> Bij het Centrum voor Seksuele Gezondheid (soa-polikliniek) van een GGD | <input type="checkbox"/> Thuis met een zelftest waarbij ik de uitslag gelijk thuis kon zien |
| <input type="checkbox"/> In een ziekenhuis | <input type="checkbox"/> Ergens anders |

S. GELUIDHINDER

S1. **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.**

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

T. SLAAPVERSTORING

T1. 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	
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

U. GEURHINDER

U1. 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	
<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	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"/>
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"/>
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"/>

V. WONING EN WOONOMGEVING

V1. 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"/>

V2. 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"/>
Binnen, in andere gebouwen zoals een buurthuis, supermarkt of bibliotheek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V3. Heeft u schimmel- of vochtplekken in de woonkamer of slaapkamer van uw woning?

- Ja
 Nee, maar in de laatste 12 maanden wel gehad
 Nee

V4. In hoeverre bent u het eens met de stelling:

Ik vind dat er voldoende groen in mijn buurt is.

Zoals parken, plantsoenen, grasstroken, groenstroken of speelplaatsen.

- Helemaal niet mee eens
 Niet mee eens
 Niet mee eens / niet mee oneens
 Mee eens
 Helemaal mee eens

V5. In hoeverre maakt u zich om uw gezondheid zorgen door milieufactoren in uw woonomgeving?

Geef op iedere regel uw antwoord.	Niet bezorgd	Beetje bezorgd	Bezorgd	Heel bezorgd	Heel erg bezorgd
Zendmasten / antennes / kabels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luchtvervuiling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vervuilde grond	<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"/>
Klimaatverandering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

W. WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

- W1. **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
-
- W2. **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

X. TOT SLOT

- X1. **Hoe vindt u de vragen in deze vragenlijst?**
- Heel moeilijk
 - Beetje moeilijk
 - Niet moeilijk
-
- X2. **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!

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

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 vindt u betrouwbare informatie over gezondheid, leefstijl en ziekten.
- Op 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 Rotterdam-Rijnmond 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.

Inkijkexemplaar