

--	--	--	--



5

11150

d d m m j j V/M letters

pinnummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Een aantal vragen zijn onderdeel van de GGen GD-gezondheidspeiling. Van sommige vragen zult u misschien denken dat u ze al eerder heeft beantwoord of dat uw arts dat wel zal weten. Omdat uw lijst anoniem wordt vergeleken met de peilingen die worden ingevuld door stadgenoten die de lijst niet van hun huisarts, maar rechtstreeks met de post en anoniem krijgen toegezonden, verzoeken wij u die paar vragen toch maar in te vullen.

ALGEMEEN

1 Wat is uw geslacht?

- man
- vrouw

2 Wat is uw geboortedatum?

		-			-				
dag			maand			jaar			

3 Wat is uw geboorteland?

- Nederland
- Marokko
- Turkije
- Suriname
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- _____

4 Wat is het geboorteland van uw (biologische) moeder?

- Nederland
- Marokko
- Turkije
- Suriname
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- _____

5 Wat is het geboorteland van uw (biologische) vader?

- Nederland
- Marokko
- Turkije
- Suriname
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- _____

6 Tot welke bevolkingsgroep rekent u zichzelf?

- Nederland
- Marokko
- Turkije
- Suriname
- Nederlandse Antillen
- Aruba
- _____

7 Wat is uw postcode?

--	--	--	--	--	--

8 Wilt u de datum van vandaag invullen?

		-			-				
dag			maand			jaar			

--	--	--	--



11150

GEZONDHEID

- 1 Wat vindt u, over het algemeen van uw gezondheid?
- uitstekend
 zeer goed
 goed
 matig
 slecht
- 2 In vergelijking met een jaar geleden, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
- veel beter dan een jaar geleden
 iets beter dan een jaar geleden
 ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
 iets slechter dan een jaar geleden
 veel slechter dan een jaar geleden

- 3 De volgende vragen gaan over dagelijkse bezigheden. Wordt u door uw gezondheid op dit moment beperkt bij deze bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ja ernstig beperkt	ja, een beetje beperkt	nee, helemaal niet beperkt
a forse inspanning, zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b matige inspanning, zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c tillen of boodschappen dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d een paar trappen lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e één trap lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f buigen, knielen of bukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g meer dan een kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h een halve kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i honderd meter lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j uzelf wassen of aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DE VOLGENDE VRAGEN GAAN STEEDS OVER DE AFGELOPEN VIER WEKEN

- 4 Had u, ten gevolge van uw **lichamelijke gezondheid**, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

	ja	nee
a U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b U heeft minder bereikt dan u zou willen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

5 Had u, ten gevolge van een emotioneel probleem (bijvoorbeeld doordat u zich depressief of angstig voelde), de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?

- | | ja | nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b U heeft minder bereikt dan u zou willen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6 In hoeverre heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben uw emotionele problemen u de afgelopen 4 weken belemmerd in uw normale sociale bezigheden met gezin, vrienden, bureu of anderen?

helemaal niet
 enigzins
 nogal
 veel
 heel erg veel

7 Hoeveel pijn had u de afgelopen 4 weken?

geen
 heel licht
 licht
 nogal
 ernstig
 heel ernstig

8 In welke mate heeft pijn u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

helemaal niet
 een klein beetje
 nogal
 veel
 heel erg veel

9 De volgende vragen gaan over hoe u zich de afgelopen 4 weken heeft gevoeld. Wilt u bij elke vraag het antwoord aankruisen dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld?

Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken:

- | | voort-
durend | meestal | vaak | soms | zelden | nooit |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a voelde u zich levenslustig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b voelde u zich erg zenuwachtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c 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"/> |
| d voelde u zich kalm en rustig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e voelde u zich erg energiek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f voelde u zich neerslachtig en somber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g voelde u zich gelukkig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h voelde u zich moe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--



11150

- 10** Hoe vaak heeft uw lichamelijke gezondheid of hebben emotionele problemen gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?
- | |
|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> voortdurend |
| <input type="checkbox"/> meestal |
| <input type="checkbox"/> soms |
| <input type="checkbox"/> zelden |
| <input type="checkbox"/> nooit |

- 11** Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt?
- | | volkomen juist | grotend deels onjuist | volkomen onjuist |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b ik ben net zo gezond als andere mensen die ik ken | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d mijn gezondheid is uitstekend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--



11150

Toelichting: Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand van **de afgelopen week**.

12. MOBILITEIT

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

13. ZELFZORG

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

14. DAGELIJKSE ACTIVITEITEN *(bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)*

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

15. PIJN/KLACHTEN

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb matige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

16. STEMMING

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

17. GEZONDHEIDSTOESTAND

Vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn gezondheidstoestand vandaag:

- beter
- ongeveer hetzelfde
- slechter

--	--	--	--



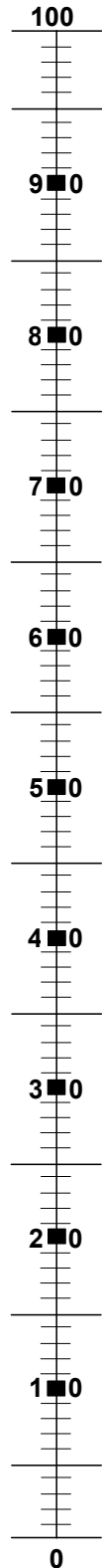
11150

18

Om u te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt. Op de meetschaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen. Wij willen u vragen op deze meetschaal aan te geven hoe goed of slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand **vandaag** is. Trek een lijn van het zwarte blok hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

**Uw gezondheids
toestand
vandaag**

**Best
voorstelbare
gezondheids-
toestand**



**Slechtst
voorstelbare
gezondheids-
toestand**

Score meetschaal
(in te vullen door onderzoeker)

--	--	--

--	--	--	--



11150

ANGINA PECTORIS (PIJN OP DE BORST)

19. Heeft u ooit pijn of een onaangenaam gevoel op de borst gehad? ja
 Nee ga naar vraag 28
20. Slikt(e) u hiervoor tabletjes onder de tong? ja
 Nee
21. Heeft u nog steeds regelmatig last van deze pijn/ onaangenaam gevoel op de borst? ja
 Nee ga naar vraag 27
22. Krijgt u het als u een trap/ helling oploopt of als u zich haast? ja
 Nee ga naar vraag 27
23. Krijgt u het als u in gewoon tempo op vlak terrein loopt? ja
 Nee
24. Wat doet u als u het krijgt? doorlopen ga naar vraag 27
 langzamer lopen of stilstaan
 doorlopen nadat ik een tabletje onder de tong genomen heb
25. Verdwijnt of vermindert het gevoel als u stilstaat? ja
 Nee ga naar vraag 27
26. Als het verdwijnt of vermindert, hoe snel gebeurt dat dan? in minder dan 10 minuten
 na meer dan 10 minuten
27. Heeft u ooit een ernstige pijn door het voorste gedeelte van de borst gehad die een half uur of langer aanhield? ja
 Nee

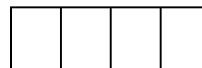
--	--	--	--



11150

PIJN IN DE BENEN- 'ETALAGEBENEN'

- 28** Krijgt u soms pijn in één of beide benen als u loopt? (pijn of zeer moe gevoel) ja
 nee (ga naar de vraag 37)
- 29** Begint deze pijn ooit wanneer u stilstaat of zit? ja
 nee
- 30** In welk deel van het been voelt u het? pijn zit uitsluitend in de kuit
 pijn zit in de kuit én een ander deel van het been
 pijn zit niet in de kuit maar in een ander deel van het been (ga naar vraag 37)
 onduidelijk waar (ga naar vraag 37)
- 31** Krijgt u de pijn als u een helling/trap oploopt of zich haast? ja
 nee
- 32** Krijgt u de pijn als u in gewoon tempo op vlak terrein loopt? ja
 nee
- 33** Verdwijnt de pijn wel eens als u loopt? ja (ga naar vraag 37)
 nee
- 34** Wat doet u als u het krijgt terwijl u loopt? doorlopen (ga naar vraag 37)
 langzamer lopen of stilstaan
- 35** Verdwijnt of vermindert het gevoel als u stilstaat? ja
 nee
- 36** Als het gevoel verdwijnt of vermindert, hoe snel gebeurt dat dan? in minder dan 10 minuten
 na meer dan 10 minuten



11150

MAAGKLACHTEN

37 De volgende vragen gaan over verschillende maagklachten. Wilt u voor elke klacht aangeven in hoeverre u dit als een probleem ervaart.

licht: gering probleem, als u er niet aan denkt kunt u het vergeten
 matig: u kunt het niet vergeten, maar het beïnvloedt uw dagelijkse activiteiten niet
 ernstig: het beïnvloedt uw concentratie bij dagelijkse bezigheden
 zeer ernstig: heeft een duidelijke invloed op uw dagelijkse activiteiten en/of vraagt om rust

Heeft u weleens last van één (of meer) van de volgende klachten?

	geen	licht	matig	ernstig	zeer ernstig
a pijn in de bovenbuik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b opgezet gevoel in de bovenbuik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c misselijkheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d boeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e winderigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f zuurbranden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g zure smaak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h slechte adem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NEUROPATHIE

	ja	nee
38 Heeft u een doof (verminderd) gevoel in de benen of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 Heeft u weleens branderige pijnen in de benen of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 Voelt u zachte aanrakingen aan uw voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 Heeft u spierkrampen in uw voeten en/ of benen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 Heeft u last van tintelingen of prikkelingen in de onderbenen of voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43 Doet het pijn als het beddengoed uw huid raakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44 Kunt u in bad of douche de temperatuur van koud en warm water onderscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45 Heeft u ooit een open wondje aan de voet gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46 Heeft een dokter u verteld dat u diabetische neuropathie heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47 Heeft u meestal een algeheel gevoel van moeheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48 Zijn uw klachten erger gedurende de nacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49 Heeft u pijn in de benen bij het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50 Kunt u uw voeten voelen als u loopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 Is de huid op uw voeten zo droog dat het open barst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 Heeft u ooit een amputatie ondergaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

GEHOORPROBLEMEN

- 53 Kunt u in een rustige omgeving met iemand een gesprek voeren? ja nee
- 54 Kunt u in een rumoerige omgeving (bv op een verjaardagsfeest, in een winkel) met iemand een gesprek voeren? ja nee
- 55 Wordt u gehinderd door gehoorproblemen wanneer u op bezoek bent bij vrienden, familie, buren of tijdens een vergadering of bijeenkomst met meerdere personen? ja nee

BENAUWDHEID EN HOESTEN

- 56 Zijn er in het laatste jaar perioden geweest waarin u elke dag hoestte? ja nee (ga naar vraag 60)
- 57 Duurden die perioden bij elkaar opgeteld tenminste drie maanden? ja nee
- 58 Heeft u, alles bij elkaar genomen, tenminste drie maanden sputum (slijm) opgehoest in het afgelopen jaar? ja nee
- 59 Bent u thuis gebleven vanwege uw hoestklachten? ja nee

--	--	--	--



11150

- 60 Bent u wel eens benauwd of kortademig? ja
 nee (ga naar vraag 63)
- 61 Hoe vaak bent u de afgelopen 12 maanden wakker geworden door benauwdheid?

--	--	--

 keer
- 62 Bent u eerder kortademig dan uw leeftijdsgenoten bij het lopen? ja
 nee
- 63 Heeft u wel eens last van een piepende ademhaling? ja
 nee

ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

64 Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende ziekten of aandoeningen gehad? Het gaat hierbij om ziekten en aandoeningen die (ooit) door uw huisarts of specialist zijn vastgesteld.

	ja	nee
a astma, chronische bronchitis of cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b ontsteking van de neusbijholte, voorhoofdsholte of kaakholte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c ernstige hartkwaal of hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e (gevolgen van) een beroerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g (gevolgen van) kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h rugaandoening van hardnekkige aard, langer dan drie maanden, of hernia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i gewrichtsslijtage (artrose) van knieën, heupen of handen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j gewrichtsontsteking (chronische reuma, reumatoïde artritis) van handen of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k andere chronische reuma, langer dan drie maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l migraine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m depressiviteit, overspannenheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n overige aandoeningen, nl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

- | | ja | nee | weet niet/
onbekend |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 65 Bent u allergisch voor: | | | |
| a pollen of stuifmeel (hooikoorts)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b huisstof/huismijt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c bepaalde huisdieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d bepaalde medicijnen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e bepaald voedsel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f andere stoffen, nl _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

LICHAMELIJKE BEPERKINGEN

Sommige mensen hebben lichamelijke beperkingen: bij het lopen, bij het gebruik van arm of hand, met zien, horen of spreken, in het uithoudingsvermogen, in het houden van het evenwicht of met betrekking tot plassen of ontlasting. Een aantal mensen heeft hierdoor problemen in het alledaagse leven: met werken, het huishouden, reizen of wonen.

- 66** Heeft u een lichamelijke beperking? ja, nl _____
 nee (ga naar vraag 71)
- 67** Heeft u als gevolg van deze beperking hulp nodig bij uw persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, enzovoorts)? ja
 nee
- 68** Heeft u als gevolg van deze beperking hulp nodig bij huishoudelijke activiteiten? ja
 nee
- 69** Heeft u als gevolg van deze beperking problemen op het gebied van:
- | | ja | nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a werk? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b wonen (bijvoorbeeld verplaatsen in huis, gebruik toilet)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c verplaatsen/vervoer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d sport en recreatie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 70** Maakt u als gevolg van deze lichamelijke beperking gebruik van:
- | | ja | nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a vervoersvoorzieningen: taxikostenvergoeding, rolstoeltaxivergoeding, rolstoelen, enzovoorts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b woonvoorzieningen: verhuiskostenvergoeding, aanpassingen (zoals traplift, verhoogde toiletspot, douchezitje, drempelhulpen, antislipvloer, beugels, steunen), vergoeding woningsanering in verband met allergie, enzovoorts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--



11150

LEEFSTIJL

De volgende vragen gaan over roken, alcohol, eten, bewegen en medicijngebruik.

ROKEN

- 71 Rookt u nu? ja
 nee (ga naar vraag 74)
- 72 Wat rookt u en hoeveel?
 ongeveer sigaretten (uit pakje of zelf gerold) per dag
 ongeveer sigaren per week
 ongeveer pakje(s) pijptabak (van 50 gram) per week
- 73 Inhaleert u de rook? ja (ga naar vraag 77)
 nee (ga naar vraag 77)
- 74 Heeft u ooit gerookt? ja
 nee (ga naar vraag 79)
- 75 Wat rookte u en hoeveel?
 ongeveer sigaretten (uit pakje of zelf gerold) per dag
 ongeveer sigaren per week
 ongeveer pakje(s) pijptabak (van 50 gram) per week
- 76 Inhaleerde u de rook? ja
 nee
- 77 Hoe oud was u toen u begon te roken? jaar
- 78 Hoeveel jaar heeft u in totaal gerookt? jaar
- 79 Hoeveel uur per dag wordt er **bij u thuis** gerookt?
 0 uur 2-3 uur
 0-1 uur 4-6 uur
 1-2 uur meer dan 6 uur
- 80 Hoeveel uur per dag (gemiddeld) bent u in een kleine ruimte waar gerookt wordt?
 0 uur 2-3 uur
 0-1 uur 4-6 uur
 1-2 uur meer dan 6 uur
- 81 Hoeveel uur per dag (gemiddeld) bent u in een grote ruimte waar gerookt wordt?
 0 uur 2-3 uur
 0-1 uur 4-6 uur
 1-2 uur meer dan 6 uur

--	--	--	--



11150

ALCOHOL

82 Drinkt u wel eens alcoholische dranken (zoals bier, wijn, likeur, sterke drank)? ja nee (ga naar vraag 88)

83 Hoe vaak drinkt u **in het weekend** (vrij t/m zo) (niet op feestjes):

	nooit	minder dan 1x per maand	1x per maand	2-3x per maand	1x in het weekend	2x in het weekend	3x in het weekend	hoeveel glazen drinkt u op zo'n dag?
a bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b alcoholvrij bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c rode wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d witte wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e port, sherry, vermouth,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f sterke drank (jenever, likeur, cognac ed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

84 Hoe vaak drinkt u **door de week** (ma t/m do) (niet op feestjes):

	nooit	minder dan 1x per maand	1x per maand	2-3x per maand	1x per week	2-3x per week	4x per week	hoeveel glazen drinkt u op zo'n dag?
a bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b alcoholvrij bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c rode wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d witte wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e port, sherry, vermouth,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f sterke drank (jenever, likeur, cognac ed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

85 Hoe vaak drinkt u **op een feestje**:

	nooit	minder dan 1x per maand	1x per maand	2-3x per maand	hoeveel glazen drinkt u op zo'n dag?
a bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
b alcoholvrij bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
c rode wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
d witte wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
e port, sherry, vermouth,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
f sterke drank (jenever, likeur, cognac ed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

--	--	--	--



11150

86 Hoe vaak heeft u het afgelopen halfjaar zes of meer glazen alcoholhoudende drank op één dag gedronken?

- niet
- 1 of 2 keer
- 3 tot 5 keer
- 1 tot 3 keer per maand
- 1 of 2 keer per week
- 3 of 4 keer per week
- 5 of 6 keer per week
- elke dag

87 Als u alcoholhoudende drank drinkt, waar drinkt u dan meestal? U mag maar één antwoord aankruisen.

- thuis
- bij vrienden, familie, kennissen thuis
- café, restaurant of andere uitgaansgelegenheid
- sportkantine
- elders, nl _____

KOFFIE EN THEE

88 Hoeveel kopjes koffie drinkt u per dag?

- | | | | |
|----------------------|----------------------|--------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | kopjes | <input type="checkbox"/> ik drink geen koffie |
| | | | <input type="checkbox"/> minder 1 kopje per dag |

89 Hoeveel kopjes thee drinkt u per dag?

- | | | | |
|----------------------|----------------------|--------|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | kopjes | <input type="checkbox"/> ik drink geen thee |
| | | | <input type="checkbox"/> minder 1 kopje per dag |

ETEN

90 Hoeveel keer per week ontbijt u?

- | | |
|----------------------|------|
| <input type="text"/> | keer |
|----------------------|------|

91 Hoeveel keer per week eet u een warme maaltijd?

- | | | |
|----------------------|----------------------|------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | keer |
|----------------------|----------------------|------|

92 Welk soort brood eet u meestal?

- wit brood
- bruin of volkoren brood
- zowel wit, als bruin/volkoren brood
- ik eet geen brood

93 Hoeveel stuks fruit eet u per week gemiddeld? Uitgeperst vers fruit telt ook mee. Bij klein fruit zoals kersen kunt u een handjevol voor 1 stuk tellen.

- 0 of 1 stuks per week
- 2 à 4 stuks per week
- 5 à 7 stuks per week
- 8 of meer stuks per week

94 Hoeveel keer per week eet u rauwe of gekookte groente? Groente uit blik en diepvriesgroente tellen ook mee.

- | | | |
|----------------------|----------------------|------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | keer |
|----------------------|----------------------|------|

95 Welk soort melk gebruikt u het meest? U mag maar één antwoord aankruisen.

- magere melk
- halfvolle melk
- volle melk
- karnemelk
- ander soort melk, nl _____
- ik drink geen melk (ga naar vraag 97)
- ik verdraag geen melk

96 Hoeveel melk of melkproducten (zoals yoghurt, vla, karnemelk, chocolademelk, drinkyoghurt) gebruikt u gemiddeld per dag?

- minder dan een kwart liter
- een kwart liter tot een halve liter
- meer dan een halve liter
- ik gebruik geen enkel melk(produkt)

--	--	--	--



11150

97 Veel mensen proberen af en toe anders te eten dan ze gewend zijn. Heeft u de afgelopen twaalf maanden geprobeerd om:

	ja	nee
a minder te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b meer te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c 'gezondere' voeding (reform) te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d minder zout te nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e minder suiker te gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f minder vet te eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g vegetarisch te eten (geen vlees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h anders, namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEWEGEN

De volgende vragen gaan over bewegen. Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel minuten u daar dan gemiddeld op zo'n dag mee bezig was. Uiteraard kunt u ook 'nul' invullen.

98 *Woon-werk/school verkeer (heen en terug)*

- ik heb geen woon-werk/school verkeer (ga naar vraag 99)
- ik ga niet lopend of per fiets naar school/werk (ga naar vraag 99)

	aantal dagen per week	gemiddelde tijd per dag
a lopen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> uur <input type="text"/> minuten
b fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> uur <input type="text"/> minuten

99 *Lichamelijke activiteiten op werk en school*

- ik heb geen werk/school activiteiten (ga naar vraag 100)

a licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten)	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> uur <input type="text"/> minuten
b zwaar inspannend werk (lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild)	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> uur <input type="text"/> minuten

--	--	--	--



11150

100 Huishoudelijke activiteiten

ik heb geen huishoudelijke activiteiten (ga naar vraag 101)

- | | aantal dagen
per week | gemiddelde tijd per dag |
|---|----------------------------|---|
| a licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werken, zoals koken afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen) | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b zwaar inspannend huishoudelijk werk (vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen) | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |

101 Vrije tijd

- | | | |
|--------------------------|----------------------------|---|
| a wandelen | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b fietsen | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c tuinieren | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| d klussen/doe-het-zelfen | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |

e sporten (hier maximaal 4 opschrijven)
bijvoorbeeld: tennis, handbal, gymnastiek, fitness, schaatsen, zwemmen

- | | aantal dagen
per week | gemiddelde tijd per dag |
|---------|----------------------------|---|
| 1 _____ | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| 2 _____ | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| 3 _____ | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| 4 _____ | <input type="text"/> dagen | <input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |

102 Op gemiddeld hoeveel dagen per week bent u, alles bij elkaar opgeteld, tenminste een half uur bezig met fietsen, tuinieren, klussen of sporten?

dagen per week

--	--	--	--



11150

MEDICIJNEN

- 103** Heeft u de afgelopen drie maanden medicijnen op recept van een dokter gebruikt (ook homeopathisch)? ja nee (ga naar vraag 105)

- 104** zo ja, wilt u de namen van deze medicijnen noteren en tegen welke aandoening u deze gebruikte

naam medicijn	tegen aandoening
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

- 105** Welke van de volgende middelen heeft u de afgelopen drie maanden gebruikt zonder recept van de dokter?

	ja	nee
a middelen tegen pijn en koorts, zoals aspirine of paracetamol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b middelen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn, enzovoorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c versterkende middelen zoals vitamines, mineralen, tonicum, staalpillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d weerstandsverhogende middelen, zoals Echinaforce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e laxermiddelen (voor de stoelgang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f andere middelen voor maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g slaap- en kalmeringsmiddelen, middelen tegen de zenuwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h andere middelen, namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 106** Zijn er bij deze middelen homeopathische medicijnen of kruidengeneesmiddelen? ja nee



11150

107 Komen in uw naaste familie hartinfarcten of hartoperaties voor? (ook 'dotteren' van het hart)

	Weet ik niet	Nee	Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
Bij uw vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uw moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uw broers/ zussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indien Ja, bij hoeveel broers/zussen?			Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
			<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer

108 Komen in uw naaste familie beroertes (ook wel hersenbloedingen of 'CVA') voor?

	Weet ik niet	Nee	Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
Bij uw vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uw moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij uw broers/ zussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indien Ja, bij hoeveel broers/zussen?			Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
			<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer

109 Krijgen zij medicatie of een speciaal dieet tegen suikerziekte?

	Weet ik niet	Nee	Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
Uw vader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw moeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzelf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uw broers/ zussen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Indien Ja, bij hoeveel broers/zussen?			Ja, voor 45e jaar	Ja, tussen 45 t/m 55e jaar	Ja, tussen 56 t/m 65e jaar	Ja, na 65e jaar
			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
			<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer	<input type="checkbox"/> 2 of meer

--	--	--	--



11150

HORMONEN

De volgende vragen zijn bestemd voor vrouwen.
Mannen gaan verder op pagina 22 bij vraag 124

- 110** Wordt u nog ongesteld?
- ja
 - ja, maar nu ben ik zwanger (ga naar vraag 112)
 - nee, sinds een paar maanden niet meer
 - nee, sinds 1 à 2 jaar niet meer
 - nee, sinds 3 tot 5 jaar niet meer
 - nee, sinds 6 tot 10 jaar niet meer
 - nee, al langer dan 10 jaar niet meer
- 111** Gebruikt u momenteel de pil of een ander middel met vrouwelijke hormonen?
- nee
 - ja, vanwege overgangsklachten
 - ja, om niet zwanger te worden
 - ja, om andere reden
- 112** Hoe lang heeft u de pil (of andere vrouwelijke hormonen) gebruikt vanwege overgangsklachten?
- nooit
 - in totaal korter dan 6 maanden
 - in totaal 6 tot 12 maanden
 - in totaal 1 tot 5 jaar
 - in totaal langer dan 5 jaar
- 113** Hoeveel jaren heeft u de pil gebruikt om andere redenen dan de overgang?
- nooit
 - in totaal korter dan een jaar
 - gedurende 1 tot 5 jaar
 - gedurende 6 tot 10 jaar
 - langer dan 10 jaar
- 114** Is bij u de laatste *vijf* jaar een uitstrijkje van de baarmoederhals gemaakt?
- ja, naar aanleiding van de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek
 - ja, zonder uitnodiging van het bevolkingsonderzoek
 - ja, ik weet niet meer of ik een uitnodiging had
 - nee
 - weet ik niet
- 115** Is uw baarmoeder operatief verwijderd?
- ja
 - nee
- 116** Is of zijn bij een operatie uw eierstok(ken) verwijderd?
- nee (ga naar vraag 118)
 - ja, 2 eierstokken
 - ja, 1 eierstok
 - ja, maar ik weet niet meer of beide zijn verwijderd
 - ik weet het niet (ga naar vraag 118)
- 117** Zo ja, hoe oud was u toen?
- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- jaar

--	--	--	--



11150

- 118** Heeft u tijdens de zwangerschap hoge bloeddruk gehad?
- nee, want ik ben nooit zwanger geweest
 - nee
 - ja, ik moest bedrust houden
 - ja, maar ik mocht alles blijven doen
 - ik weet het niet
- 119** Heeft u tijdens de zwangerschap suikerziekte gehad?
- nee, want ik ben nooit zwanger geweest
 - nee
 - ja
 - ik weet het niet
- 120** Heeft u zelf vroeger tijdens de zwangerschap hormonen (DES) gebruikt?
- nee, want ik ben nooit zwanger geweest
 - nee
 - ja
- 121** Heeft uw moeder tijdens de zwangerschap waaruit u geboren bent hormonen (DES) gebruikt?
- ja
 - nee
 - ik weet het niet

--	--	--	--



11150

BEZOEKEN AAN ARTSEN EN ANDERE (MEDISCHE) HULP

Alle vragen gaan over bezoeken VOOR UZELF!!

HUISARTS

- 124** Hoe vaak heeft u de *laatste twee maanden* contact gehad met de huisarts (zowel u bij de arts als de arts bij u, als telefonisch contact, vervolgrecepten, enzovoorts)?
- keer
- 125** Heeft u de *laatste twaalf maanden* een of meer alternatieve genezers bezocht zoals een acupuncturist, een homeopaat of een iriscopist? (We bedoelen hierbij niet uw eigen huisarts.)
- ja
 nee (ga naar vraag 127)
- 126** Welke alternatieve geneeswijze past/passen deze alternatieve genezer(s) toe?
- | | ja | nee |
|--|---|--------------------------|
| a homeopathie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b acupunctuur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c natuurgeneeskunde of kruidengeneeskunde | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d religieuze of gebedsgenezing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e magnetisme of paranormale geneeswijzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f iriscopie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g geneeswijzen uit andere landen, zoals hoca, winti, fqih, enzovoorts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h anders, namelijk _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i Is/zijn deze alternatieve genezer(s) arts?
(Dat wil zeggen dat deze de gewone, universitaire opleiding heeft/hebben gehad.) | <input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> de één wel de ander niet
<input type="checkbox"/> weet ik niet | |

TANDARTS

- 127** Hoe vaak heeft u de *laatste twaalf maanden* de tandarts bezocht?
- 0 keer (ga naar vraag 129)
 1 keer of vaker
- 128** Wat was de reden voor uw bezoek aan de tandarts?
- periodieke controle
 klachten
 beide
- 129** Heeft u een volledige gebitsprothese (een kunstgebit boven en onder)?
- ja
 nee

--	--	--	--



11150

SPECIALIST

- 130 Bent u de *laatste twee maanden* bij een specialist geweest? ja nee
- 131 Heeft u de *laatste twaalf maanden* in een ziekenhuis gelegen? ja nee

ANDERE HULP

- 132 Heeft u de *laatste twaalf maanden* een beroep gedaan op een fysiotherapeut of oefentherapeut (mensendieck, cesar)? ja, keer nee
- 133 Heeft u de *laatste twaalf maanden* een beroep gedaan op de wijkverpleging? We bedoelen hier niet het kraamcentrum. ja, keer nee
- 134 Heeft u de *laatste twaalf maanden* een beroep gedaan op de gezinsverzorging (inclusief alfahulp)? ja keer nee (ga naar vraag 136)
- 135 Om wat voor soort hulp ging het?
- | | ja | nee |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a huishoudelijke hulp | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b verzorging | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c begeleiding | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d anders, namelijk _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 136 Heeft u de laatste 12 maanden emotionele of psychische problemen gehad? ja nee (ga naar vraag 142)
- 137 Heeft u voor deze problemen contact gehad met een persoon of instelling? ja nee, had daar wel behoefte aan (ga naar vraag 142) nee, had daar geen behoefte aan
- 138 Met welke van de volgende personen of instellingen heeft u contact gehad voor deze problemen?
- | | ja | nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a familie, kennissen, vrienden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b pastor, dominee, imam of humanistisch raadvrouw/-man | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c vrijwillige hulpdienst (zoals telefonische hulpdienst) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d bedrijfsarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e huisarts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f anders, namelijk _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

--	--	--	--



11150

- 139** Bent u hiervoor bij een pedagoog, een psycholoog of de Riagg geweest?
- ja, ik ben nog in behandeling
 ja, maar de behandeling is voortijdig afgebroken
 ja, maar ik ben nog niet in behandeling
 ja, de behandeling is afgerond
 nee
- 140** Bent u hiervoor bij het (algemeen) maatschappelijk werk geweest?
- ja, ik ben nog in behandeling
 ja, maar de behandeling is voortijdig afgebroken
 ja, maar ik ben nog niet in behandeling
 ja, de behandeling is afgerond
 nee
- 141** Heeft u behoefte aan meer of andere hulp bij emotionele of psychische klachten?
- ja
 nee

OPLEIDING EN BEROEP

OPLEIDING

- 142** Wat is de hoogste opleiding die u met een diploma hebt afgesloten?
- geen opleiding afgemaakt
 basisonderwijs
 lager of voorbereidend beroepsonderwijs
 (Its, lhno, huishoudschool, leao, las, enzovoorts)
 middelbaar algemeen onderwijs
 (lavo, ulo/mulo/mavo, enzovoorts)
 middelbaar beroepsonderwijs
 (mts, meao, inas, kvjv, vhbo kleuterleidster, gezinsverzorgster, praktijkdiploma boekhouden, enzovoorts)
 hoger algemeen voortgezet onderwijs/
 voorbereidend wetenschappelijk onderwijs
 (havo, mms, hbs, vwo, gymnasium)
 hoger beroeps- en wetenschappelijk onderwijs
 (hts, heao, pa/pabo, lerarenopleiding, sociale academie, hhno, universiteit, hogeschool, enzovoorts)
 anders, namelijk: _____
- 143** Heeft u (daarnaast) nog een opleiding gevolgd waarvoor u (nog) geen diploma hebt gehaald?
- ja, namelijk: _____
 nee
- 144** Zo ja, hoelang heeft u deze opleiding gevolgd?
- minder dan 1 jaar
 1 jaar
 langer dan 1 jaar, namelijk:

--	--

 jaar

--	--	--	--



11150

BEROEP

- 145** Welke omschrijving past op dit moment het beste bij u? ik heb een betaalde werkkring (ga naar vraag 147)

(U mag slechts één antwoord aankruisen)

- ik ben werkloos (geregistreerd bij het arbeidsburo)
 ik ben arbeidsongeschikt (WAO, AWW enz)
 ik ben rentenier
 ik ben gepensioneerd/vervroegd met pensioen
 ik ben huisvrouw/huisman
 ik ben scholier/student

- 146** Had u vroeger een baan/beroep waarmee u een inkomen verdiende?

- ja, ik ben gestopt in jaar

--	--	--	--

 nee

- 147** Wat is uw functie/beroep? Of, als u nu geen betaalde baan heeft, wat was uw laatste beroep of functie? Wilt u dit beroep zo nauwkeurig mogelijk omschrijven? Bijvoorbeeld: directiesecretaresse, metaallasser, hoofd boekhouding (en **niet**: ambtenaar, arbeider, manager, enzovoorts).

- 148** Wat zijn/waren de voornaamste werkzaamheden?

- 149** Bij wat voor soort bedrijf of instelling werkt(e) u? Als u in een groot bedrijf werkt(e), wilt u dan ook het onderdeel of de afdeling vermelden?

- 150** In welk jaar bent u met dit beroep / deze functie begonnen?

--	--	--	--

- 151** In wat voor verband bent/was u werkzaam?

- in loondienst
 als zelfstandige
 als meewerkend gezinslid

--	--	--	--



11150

152 Heeft/had u personeel in dienst of geeft/gaf u leiding aan personeel?

(ook personeel waaraan u via anderen leiding geeft/gaf meetellen)

- nee
- ja, 1 tot en met 4 medewerkers
- ja, 5 tot en met 9 medewerkers
- ja, 10 tot en met 19 medewerkers
- ja, 20 tot en met 49 medewerkers
- ja, 50 of meer medewerkers

153 Hoeveel uur werkt(e) u doorgaans per week?

--	--	--

uur per week

154 Bent u hoofdkostwinner?

- ja
- nee

155 Welke omschrijving past op dit moment het beste bij uw partner?

U mag slechts één antwoord aankruisen

- hij/zij heeft een betaalde werkkring
- hij/zij is werkloos (geregistreerd bij het arbeidsburo)
- hij/zij is arbeidsongeschikt (WAO, AWW, enz)
- hij/zij is rentenier
- hij/zij is gepensioneerd/vervroegd met pensioen (AOW, VUT, enz)
- hij/zij is huisvrouw/huisman
- hij/zij is student
- ik heb geen partner

156 Wat is het netto maandinkomen van uw huishouden? Dat wil zeggen het inkomen van uzelf, partner en eventuele anderen; vakantiegeld en dertiende maand mag u niet meetellen, maar wel eventuele uitkeringen, pensioen en alimentatie.

- minder dan € 567,23 (nlg 1250)
- € 567 - 748 (nlg 1250 - 1650)
- € 749 - 839 (nlg 1651 - 1850)
- € 840 - 907 (nlg 1851 - 2000)
- € 908 - 998 (nlg 2001 - 2200)
- € 999 - 1089 (nlg 2201 - 2400)
- € 1090 - 1157 (nlg 2401 - 2550)
- € 1157 - 1247 (nlg 2551 - 2750)
- € 1248 - 1361 (nlg 2751 - 3000)
- € 1362 - 1452 (nlg 3001 - 3200)
- € 1453 - 1724 (nlg 3201 - 3800)
- € 1725 - 2019 (nlg 3801 - 4450)
- € 2020 - 2132 (nlg 4451 - 4700)
- meer dan € 2123 (nlg 4700)
- geen antwoord

157 Hoeveel mensen moeten van dit inkomen rondkomen?

--	--

personen

158 Hoe is op dit moment de financiële situatie van uw huishouden? U mag meerdere antwoorden aankruisen.

- moet schulden maken
- moet spaarmiddelen enigszins aanspreken
- kan precies rondkomen
- kan een beetje geld overhouden
- kan veel geld overhouden

--	--	--	--



11150

- 159** Hoe bent u verzekerd tegen ziektekosten?
- niet verzekerd
 particulier
 ziekenfonds
 weet ik niet
- 160** Heeft u een aanvullende verzekering?
- ja
 nee
 weet ik niet
- 161** Heeft u een aparte tandartsverzekering afgesloten?
- ja
 nee
 weet ik niet

ONGEVALLLEN

De volgende vragen gaan over ongevallen. Dit kunnen verkeersongelukken zijn, maar ook grote of kleine ongevallen in en om het huis, bij het sporten of op het werk. Een ongeval kan bijvoorbeeld inhouden dat u zich gesneden heeft of dat u gevallen bent, maar ook dat u klachten heeft gekregen door het gebruik van bepaalde producten of gebruiksvoorwerpen.

- 162** Heeft u de laatste zes maanden een ongeval gehad?
- ja
 nee (ga naar vraag 167)

Als u meerdere ongevallen heeft gehad: de volgende vragen gaan over het ernstigste ongeval.

- 163** Waar vond dat ongeval plaats?
- in of om het huis
 in het verkeer
 op het werk of op school
 bij sport
 anders namelijk: _____
- 164** Wat voor soort letsel had u? (Bij meerdere letsels het ernstigste letsel nemen)
- iets gebroken
 brandwonden
 kneuzing/verstuiking
 ernstige bloeding
 hersen schudding
 bewusteloos
 anders, namelijk: _____
- 165** Heeft u aan dit ongeval een handicap overgehouden?
- ja
 nee
 is nog niet duidelijk
- 166** Bent u voor het letsel veroorzaakt door dit ongeval behandeld?
- nee, niet behandeld
 ja, door mezelf of door iemand die niet van beroep hulpverlener is
 ja, door een huisarts
 ja, in het ziekenhuis: eerstehulp afdeling (EHBO) of polikliniek
 ja, in het ziekenhuis: opname
 ander, namelijk: _____

--	--	--	--



11150

WELBEVINDEN *

In de volgende vragen wordt u gevraagd in welke mate u last heeft van lichamelijke en psychische klachten. Wilt u voor elk van de onderstaande klachten aangeven, in hoeverre u last heeft, door het hokje aan te kruisen bij het antwoord dat het meest van toepassing is?

Het gaat er hierbij steeds om, hoe u zich gedurende de afgelopen week, met vandaag erbij, voelde.

167 In welke mate werd u gehinderd door:	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
- hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zenuwachtigheid of van binnen trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- geen sexuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kritisch staan tegenover anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het idee dat iemand anders je gedachten kan beheersen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat anderen schuld hebben aan de meeste van je problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- moeilijk iets kunnen onthouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- piekeren over een slordigheid of iets wat je vergeten bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je gemakkelijk verveeld of geïrriteerd voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pijn in de borst of hartstreek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je angstig voelen in een open ruimte of op straat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- weinig puf (energie) hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- denken om er maar een eind aan te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- stemmen horen die andere mensen niet horen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat de meeste mensen niet te vertrouwen zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- weinig eetlust hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gauw huilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Copyright © 1975 by L.R. Derogatis.
Dutch translation and adaptation 1986 by W.A. Arrindell J.H.M. Ettema and Swets & Zeitlinger B.V.. Lisse.
Translated and adapted by permission.

--	--	--	--



11150

In welke mate werd u gehinderd door:

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
- je verlegen en niet op je gemak voelen bij de andere sexe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verstrikt zijn of gevangen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zomaar plotseling schrikken of bang worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- woedeuitbarstingen die je niet in de hand hebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bang zijn om alleen uit huis te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- jezelf van allerlei dingen de schuld te geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pijn onder in de rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je belemmerd voelen in het uitvoeren van allerlei dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je eenzaam voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel in de put te zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- te veel over de dingen piekeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nergens meer belangstelling voor hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je bang voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je gauw gekwetst voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het idee dat andere mensen je geheime gedachten kennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat anderen je niet begrijpen of onaardig zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat anderen onvriendelijk zijn of je niet mogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- iets langzaam moeten doen om er zeker van te zijn dat je het goed doet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- misselijkheid of een maag die van streek is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je tegenover anderen de mindere voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pijnlijke spieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat anderen je in de gaten houden of over je praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- moeilijk in slaap kunnen komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- steeds maar moeten controleren wat je doet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- moeilijk beslissingen kunnen nemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bang zijn om te reizen in bussen, treinen of trams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- moeilijk adem kunnen krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je soms erg warm, dan weer erg koud voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bepaalde plaatsen of dingen moeten vermijden, omdat je er angstig van wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

In welke mate werd u gehinderd door:

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
- een gevoel van leegte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een verdoofd of tintelend gevoel ergens in je lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een brok in je keel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je wanhopig over de toekomst voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je moeilijk kunnen concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je lichamelijk ergens slap voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je gespannen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zwaar voelen in armen en benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- denken aan dood of sterven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- te veel eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je niet op je gemak voelen, als mensen naar je kijken of over je praten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedachten hebben die niet van jezelf zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aandrang voelen anderen te slaan, te verwonden of pijn te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- te vroeg wakker worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alsmaar hetzelfde moeten doen, zoals dingen even aanraken, tellen of wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een onrustige of gestoorde slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aandrang voelen dingen te vernielen of stuk te gooien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedachten of opvattingen hebben die anderen niet met je delen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je pijnlijk bewust zijn van je aanwezigheid bij anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je niet op je gemak voelen in menigten, zoals bij het winkelen of in de bioscoop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat alles moeite kost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aanvallen van angst of paniek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je niet op je gemak voelen, wanneer je iets eet of drinkt in het openbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vaak in ruzies verzeild raken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je zenuwachtig voelen als je alleen gelaten wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

In welke mate werd u gehinderd door:

	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
- het gevoel dat anderen je niet op juiste waarde schatten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je alleen voelen, zelfs bij andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je zo rusteloos voelen dat je niet stil kunt blijven zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gevoelens dat je niks waard bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat iets naars je gaat overkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schreeuwen of met dingen smijten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bang zijn om in het openbaar flauw te vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het gevoel dat mensen misbruik van je zullen maken, als je ze hun gang laat gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedachten over seks die je erg hinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de gedachte, dat je voor je zonden gestraft zou moeten worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de gedachte dat er iets erg verkeerd is met je lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- je nooit met iemand anders nauw verbonden voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- schuldgevoelens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de gedachte dat je psychisch niet helemaal in orde bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--	--	--	--



11150

Mogelijk zouden we u in de toekomst nog eens willen benaderen, als u hier geen bezwaar tegen heeft, vult u dan in blokletters uw naam, adres en woonplaats in

Naam:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Straat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Huisnr

--	--	--	--	--	--

Postcode

--	--	--	--	--	--

Woonplaats

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING