

a Algemeen

- a 1 Wat is uw geboortedatum?
- dag maand jaar
-
- a 2 Wat is uw geslacht?
- 1 man
- 2 vrouw
- a 3 Wat is uw burgerlijke staat?
- 1 ongehuwd, nooit gehuwd geweest
- 2 gehuwd / geregistreerd partnerschap
- 3 weduwe/weduwnaar
- 4 gescheiden
- a 4 Met welke personen woont u momenteel samen
meerdere antwoorden mogelijk
- 1 n.v.t., ik woon alleen
- 1 met een partner
- 1 met kinderen tot 18 jaar
- 1 met kinderen van 18 jaar en ouder
- 1 met mijn ouder(s)
- 1 met andere volwassene(n)
- a 5 Heeft u **op dit moment** een baan/betaalde arbeid?
- 1 ja, in loondienst, namelijk
- 2 ja, zelfstandig, namelijk
- 3 nee, ik ben huisvrouw/huisman
- 4 nee, ik ben werkloos
- 5 nee, ik ben gepensioneerd/met de VUT
- 6 nee, ik ben arbeidsongeschikt
- 7 anders, namelijk

Indien u een partner heeft, graag vraag a6 beantwoorden. Anders kunt u deze vraag overslaan.

- a 6 Verricht uw partner **op dit moment** betaalde arbeid?
- 1 ja, in loondienst, namelijk
- 2 ja, zelfstandig, namelijk
- 3 nee, mijn partner is huisvrouw/huisman
- 4 nee, mijn partner is werkloos
- 5 nee, mijn partner is gepensioneerd/met de VUT
- 6 nee, mijn partner is arbeidsongeschikt
- 7 anders, namelijk

b Gezondheid en ziekte

- b 1 Wat vindt u, in het algemeen, van uw gezondheid?
- 1 uitstekend
- 2 zeer goed
- 3 goed
- 4 matig
- 5 slecht
- b 2 **In vergelijking met een jaar geleden**, hoe zou u nu uw gezondheid in het algemeen beoordelen?
- 1 veel beter dan een jaar geleden
- 2 iets beter dan een jaar geleden
- 3 ongeveer hetzelfde als een jaar geleden
- 4 iets slechter dan een jaar geleden
- 5 veel slechter dan een jaar geleden
- b 3 Heeft u **ooit** een hartinfarct gehad?
- 1 ja 2 nee
- a. Zo ja, hoe oud was u toen dit voor het **eerst** gebeurde?
- jaar oud
- b 4 Heeft u **ooit** een beroerte (hersenvloeding, herseninfarct) gehad?
- 1 ja 2 nee
- a. Zo ja, hoe oud was u toen dit voor het **eerst** gebeurde?
- jaar oud
- b 5 Is bij u **ooit** een te hoge bloeddruk gevonden?
- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet bekend
- Vraag a is alleen voor vrouwen
- a. Zo ja, had u de hoge bloeddruk **alleen** gedurende een zwangerschap?
- 1 ja
- 2 nee
- 3 n.v.t., ik ben nooit zwanger geweest
- b 6 Gebruikt u **nu** geneesmiddelen voor hoge bloeddruk?
- 1 ja 2 nee
- b 7 Is bij u **ooit** een verhoogd cholesterolgehalte in het bloed vastgesteld?
- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet bekend
- b 8 Gebruikt u voor het cholesterolgehalte in het bloed **nu** geneesmiddelen (bv statines)?
- 1 ja 2 nee

- b 9** Is bij u diabetes / suikerziekte vastgesteld? ¹ ja ² nee ←
- a.** Zo ja, hoe oud was u toen de diabetes voor het eerst werd vastgesteld? jaar oud
- b.** Gebruikt u voor uw diabetes:
- een dieet? ¹ ja ² nee
- tabletten? ¹ ja ² nee
- insuline-injecties? ¹ ja ² nee
- c.** Indien u injecties gebruikt: bent u die meteen gaan gebruiken **in het eerste half jaar** dat u diabetes had? ¹ ja ² nee
- b 10** Alleen voor vrouwen: is bij u ooit tijdens een zwangerschap diabetes vastgesteld?
- ¹ ja
- ² nee
- ³ n.v.t., ik ben nooit zwanger geweest
- b 11** Heeft u in de **afgelopen 6 maanden** antibiotica gebruikt?
- ¹ ja
- ² nee → [ga naar vraag b 12](#)
- Zo ja,
- b.** door wie was deze antibiotica voorgeschreven?
- ¹ huisarts
- ² tandarts
- ³ specialist, arts in ziekenhuis, verpleeghuis
- c.** Wat was de naam van deze antibiotica?
- b 12** Heeft u bij het lopen pijn in uw benen?
- ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, in welk gedeelte van het been voelt u die pijn?
- ¹ pijn in de kuit ←
- ² pijn elders
- b 13** Heeft u last van kortademigheid wanneer u bijvoorbeeld wat sneller loopt of als u een trap oploopt? ¹ ja ² nee ←
- b 14** Wordt u kortademig als u op straat loopt met mensen van uw leeftijd? ¹ ja ² soms ³ nee
- b 15** Wanneer u gewoon loopt, moet u dan stoppen vanwege kortademigheid? ¹ ja ² soms ³ nee
- b 16** Heeft u in de **afgelopen 12 maanden** wel eens last gehad van piepen op de borst?
- ¹ ja
- ² nee → [ga naar vraag b 17](#)
- a.** Zo ja, was u kortademig tijdens dit piepen op de borst? ¹ ja ² nee
- b.** Heeft u dit piepen op de borst gehad terwijl u **niet** verkouden was? ¹ ja ² nee
- b 17** Bent u in de **afgelopen 12 maanden** wel eens wakker geworden door een aanval van kortademigheid? ¹ ja ² nee

- b 18** Hoest u 's winters gewoonlijk bij het opstaan? ¹ ja ² nee
- Zo ja, hoest u zo vrijwel dagelijks, wel drie maanden per jaar? ¹ ja ² nee
- b 19** Hoest u 's winters gewoonlijk overdag en/of 's nachts? ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, hoest u zo vrijwel dagelijks, wel drie maanden per jaar? ¹ ja ² nee
- b 20** Geeft u 's winters gewoonlijk slijm op onmiddellijk na het opstaan? ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, geeft u zo vrijwel dagelijks slijm op, wel drie maanden per jaar? ¹ ja ² nee
- b 21** Geeft u 's winters gewoonlijk slijm op overdag en/of 's nachts? ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, geeft u zo vrijwel dagelijks slijm op, wel drie maanden per jaar? ¹ ja ² nee
- b 22** Heeft u in de **afgelopen 3 jaren** wel eens een periode gehad van hoesten en opgeven van fluïmen (of van méér hoesten en opgeven van fluïmen dan gewoonlijk), die minstens 3 weken duurde? ¹ ja ² nee
- b 23** Heeft u last van kortademigheid wanneer u zich op vlak terrein moet haasten, of wanneer u een lichte helling of een trap in normale pas oploopt? ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, heeft u last van kortademigheid wanneer u met andere mensen van uw leeftijd in normaal tempo op vlak terrein loopt? ¹ ja ² nee
- b 24** Heeft u **ooit** astma gehad? ¹ ja
- ² nee → [ga naar vraag b 25](#)
- Zo ja,
- a.** werd dit door een arts bevestigd? ¹ ja ² nee
- b.** hoe oud was u toen u uw eerste astma aanval had? jaar oud
- c.** hoe oud was u toen u uw laatste astma aanval had? jaar oud
- d.** heeft u in de afgelopen 12 maanden een astma-aanval gehad? ¹ ja ² nee
- e.** gebruikt u nu geneesmiddelen voor astma? (bijv. inhalatoren, aërosols, tabletten) ¹ ja ² nee
- b 25** Bent u **ooit** medisch behandeld wegens allergische aandoeningen? ¹ ja ² nee
- a.** Zo ja, voor welke aandoening was dat? *meerdere antwoorden mogelijk*
- ¹ astma
- ¹ hooikoorts
- ¹ eczeem
- ¹ huisstof / huisdieren
- ¹ overig

b 26 Heeft u een vorm van kanker (gehad)? ¹ ja ² nee

b 27 Heeft u ooit één van de volgende ingrepen ondergaan.

Zo ja, hoe oud was u toen dit voor het **eerst** gebeurde?

- a. een bypass-operatie (omleidingsoperatie) ¹ nee ² ja → jaar oud
- b. een dotterbehandeling (ballondilatatie) ¹ nee ² ja → jaar oud
- c. een hart-catheterisatie ¹ nee ² ja → jaar oud
- d. een pacemaker of ICD ontvangen ¹ nee ² ja → jaar oud
- e. operatie aan bloedvaten in benen of buik (spataderen niet meegerekend) ¹ nee ² ja → jaar oud

b 28 Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aankruisen of u die heeft of in de afgelopen 12 maanden heeft gehad.
Geef op iedere regel uw antwoord.

	Nee	Ja, niet door arts vastgesteld	Ja, door arts vastgesteld
a. Migraine of regelmatige hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Psoriasis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. Hernia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Botontkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ziekten van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Duizeligheid met vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Prostaatklasten (niet prostaatkanker of prostaatonsteking)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Andere langdurige ziekte of aandoening, nl. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

b 29 Heeft u weleens een bot gebroken? ¹ ja ² nee

Zo ja, in welk lichaamsdeel en hoe lang geleden is dat?

	Meer dan 5 jaar geleden	Minder dan 5 jaar geleden
¹ <input type="checkbox"/> Arm, pols →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹ <input type="checkbox"/> Heup →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹ <input type="checkbox"/> Been →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹ <input type="checkbox"/> Voet →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¹ <input type="checkbox"/> Anders nl: <input type="text"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b 30 Heeft u ooit:

- a. een 'nieuwe' heup (heupprothese) gekregen? ¹ ja ² nee
- b. een 'nieuwe' knie (knieprothese) gekregen? ¹ ja ² nee

b 31 Heeft één van uw ouders ooit:

- a. een heup gebroken? ¹ ja ² nee ³ niet bekend
- b. een 'nieuwe' heup (heupprothese) gekregen? ¹ ja ² nee ³ niet bekend
- c. een 'nieuwe' knie (knieprothese) gekregen? ¹ ja ² nee ³ niet bekend

b 32 Heeft u de **afgelopen 12 maanden** pijn gehad in:

		Zo ja, heeft u er NU nog last van?	Zo ja, heeft u er langer dan 3 maanden last van?
a. nek	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
b. schouders	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
c. hoog in de rug	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
d. ellebo(o)g(en)	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
e. pols(en) of hand(en)	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
f. lage rug	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
g. heup(en)	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
h. knie(ën)	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja
i. enkel(s) of voet(en)	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja →	¹ <input type="checkbox"/> nee ² <input type="checkbox"/> ja

Vrouwelijke deelnemers

Mannen kunnen dit onderdeel overslaan.

- b 33** Hoe is uw gehoor?
- 1 goed
- 2 matig
- 3 slecht
- a.** Kunt u een gesprek voeren in een groep van 3 of meer personen (zodig met gehoorapparaat)?
- 1 ja, zonder moeite
- 2 ja, met enige moeite
- 3 ja, met grote moeite
- 4 nee, dat kan ik niet
- b.** Kunt u met 1 andere persoon een gesprek voeren (zodig met gehoorapparaat)?
- 1 ja, zonder moeite
- 2 ja, met enige moeite
- 3 ja, met grote moeite
- 4 nee, dat kan ik niet
- b 34** Hoe vaak komt u in situaties waarin u vindt dat u slecht ziet?
- 1 heel vaak
- 2 soms
- 3 bijna nooit
- a.** Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zodig met bril of contactlenzen)?
- 1 ja, zonder moeite
- 2 ja, met enige moeite
- 3 ja, met grote moeite
- 4 nee, dat kan ik niet
- b.** Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zodig met bril of contactlenzen)?
- 1 ja, zonder moeite
- 2 ja, met enige moeite
- 3 ja, met grote moeite
- 4 nee, dat kan ik niet
- b 35** Mijn eetlust is
- 1 slecht
- 2 matig
- 3 gemiddeld
- 4 goed

- b 36** Hoe is uw menstruatie nu?
- 1 regelmatig
- 2 onregelmatig
- 3 n.v.t. wegens zwangerschap
- 4 n.v.t. wegens operatie
- 5 n.v.t. wegens menopauze/overgang;
leeftijd waarop menstruatie ophield: jaar
- 6 n.v.t. wegens
- b 37** Heeft u een operatie ondergaan waarbij uw baarmoeder is verwijderd?
- 1 ja 2 nee
- a.** Zo ja, hoe oud was u toen? jaar oud
- b 38** Heeft u een operatie ondergaan waarbij één of beide eierstokken zijn verwijderd?
- 1 ja 2 nee
- a.** Zo ja, hoe oud was u toen één of beide eierstokken werden verwijderd?
- 1 één eierstok verwijderd jaar oud
- 2 beide eierstokken verwijderd jaar oud
- b 39** Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden ongesteld geweest? keer
- b 40** Heeft u **ooit** de pil gebruikt (voor anticonceptie of om medische redenen)?
- 1 ja
- 2 nee → *ga naar vraag b 41*
- a.** Hoe oud was u toen u begon met het gebruik van de pil? jaar oud
- b.** Gebruikt u nu de pil? 1 ja 2 nee
- c.** Hoeveel jaren heeft u in totaal de pil gebruikt?
- 1 korter dan 1 jaar
- 2 tussen 1 en 5 jaar
- 3 tussen 5 en 10 jaar
- 4 tussen 10 en 15 jaar
- 5 tussen 15 en 20 jaar
- 6 20 jaar of langer

- b 41** Heeft u **ooit** oestrogenen of andere vrouwelijke hormonen gebruikt wegens overgangsklachten?
- 1 ja
- 2 nee / nvt → *ga naar vraag b 42*
- a.** Zo ja, hoelang heeft u oestrogenen gebruikt?
- 1 minder dan 6 maanden
- 2 6 maanden tot een jaar
- 3 langer dan een jaar, namelijk jaar
- b.** Hoe oud was u toen u begonnen bent met het gebruik van oestrogenen?
- jaar oud
- c.** Gebruikt u **nu** oestrogenen?
- 1 ja 2 nee

- b 42** Hoe oud was **uw moeder** toen zij stopte met menstrueren?
- Als u de exacte leeftijd niet weet, weet u dan de leeftijdsrange waarin uw moeder stopte met menstrueren?
- Zij was:
- 1 Jonger dan 40 jaar
- 2 40-45 jaar
- 3 45-50 jaar
- 4 50-55 jaar
- 5 ouder dan 55 jaar
- 6 onbekend

- b 43** Stopte de menstruatie van uw moeder ten gevolge van een operatie of behandeling of was het een natuurlijke overgang.
- 1 operatie of behandeling
- 2 natuurlijke menopauze/overgang

c Ziekte in de familie

De volgende vragen zijn weer voor iedereen.

- c 1** Heeft uw vader **ooit** een hartinfarct gehad?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, hoe oud was hij toen?
- jaar oud 2 niet bekend
- c 2** Heeft uw moeder **ooit** een hartinfarct gehad?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, hoe oud was zij toen?
- jaar oud 2 niet bekend

- c 3** Heeft uw vader diabetes/suikerziekte (gehad)?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, op welke leeftijd heeft hij dit gekregen?
- jaar oud 2 niet bekend

- c 4** Heeft uw moeder diabetes/suikerziekte (gehad)?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, op welke leeftijd heeft zij dit gekregen?
- jaar oud 2 niet bekend

- c 5** Heeft uw moeder ooit borstkanker gehad?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, op welke leeftijd heeft zij dit gekregen?
- jaar oud 2 niet bekend

- c 6** Hebben één of meer van uw zusters ooit borstkanker gehad?
- 1 ja
- 2 nee
- 3 niet bekend
- 4 n.v.t., ik heb geen zusters

- c 7** Heeft uw vader ooit de diagnose dementie, Alzheimer gehad?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, hoe oud was hij toen?
- 1 jonger dan 65 jaar
- 2 65 jaar of ouder
- 3 niet bekend

- c 8** Heeft uw moeder ooit de diagnose dementie, Alzheimer gehad?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo ja, hoe oud was zij toen?
- 1 jonger dan 65 jaar
- 2 65 jaar of ouder
- 3 niet bekend

- c 9** Is uw vader nog in leven?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo nee, hoe oud was hij toen hij overleed?
- jaar oud 2 niet bekend

- c 10** Is uw moeder nog in leven?
- 1 ja 2 nee 3 niet bekend
- a.** Zo nee, hoe oud was zij toen zij overleed?
- jaar oud 2 niet bekend

d Roken en drinken

- d 1 Hoeveel uur per dag zit u gemiddeld in een rokerige ruimte uur per dag (afronden op hele uren)
- d 2 Rookt u sigaren of pijp? ¹ ja ² nee
- d 3 Rookt u sigaretten? ¹ ja, gemiddeld 1 of meer sigaretten per maand → ga naar vraag d 4
² ja, maar minder dan 1 sigaret per maand → ga naar vraag d 5
³ nee, ik heb vroeger sigaretten gerookt maar ik rook nu géén sigaretten meer → ga naar vraag d 6
⁴ nee, ik heb nooit sigaretten gerookt → ga naar vraag d 7
- d 4 Hoeveel sigaretten rookt u nu gemiddeld per dag? (1 pakje shag is 40 sigaretten) ¹ ik rook gemiddeld sigaretten per dag
² ik rook zo nu en dan, maar minder dan 1 sigaret per dag
- d 5 Rookt u nu meestal sigaretten met of zonder filter? ¹ met filter → ga naar vraag d 7
² zonder filter → ga naar vraag d 7
- d 6 *Alleen indien u gestopt bent met roken:* Wanneer bent u gestopt met roken? ¹ langer dan vijf jaar geleden
² in de afgelopen vijf jaar, namelijk in het jaar 2 0
- d 7 Drinkt u alcohol? ¹ nee, nooit → ga naar vraag e 1
² nee, vroeger wel → ga naar vraag e 1
³ zo nu en dan, maar minder dan 1 glas per week → ga naar vraag e 1
⁴ ja, ik drink 1 of meer glazen per week
- a. Zo ja, wilt u aankruisen welke soorten en hoeveel glazen u gemiddeld per week drinkt? ¹ bier glazen per week
² wijn glazen per week
³ port, sherry, vermouth, advocaat, bessenjenever e.d. glazen per week
⁴ sterke drank (whisky, brandewijn, jenever, likeur e.d.) glazen per week

Vragenlijst 1 Doetinchem Studie

e Lichaamsbeweging op het werk

- e 1 Wij willen graag iets weten over de aard en de hoeveelheid lichaamsbeweging die u op uw werk hebt. *Wilt u de volgende omschrijvingen lezen en aangeven welke omschrijving het beste past bij uw huidige beroep? Slechts één antwoord aankruisen.*
- ¹ zittend beroep: de meeste tijd zit u op het werk (bijv. bureauwerk)
- ² staand beroep: de meeste tijd op uw werk brengt u staand of lopend door, er wordt geen intensieve lichaamsbeweging uitgevoerd (bijv. winkel, horeca, kappersbedrijf)
- ³ handwerk: het werk kost enige lichamelijke inspanning en regelmatig moet u zwaardere dingen tillen (bijv. verpleging, loodgieter, electricien)
- ⁴ zwaar handwerk: tijdens het werk levert u zware lichamelijke inspanning en draagt/verschuift u erg zware voorwerpen (bijv. schoonmaakwerk, werk op boerderij of tuinderij, bouwvakker)
- ⁵ niet van toepassing.
- Hoeveel uur per week besteedt u gewoonlijk aan dit beroep? uren per week
Graag afronden op hele uren (indien minder dan een half uur, zet dan "0").

f Lichaamsbeweging buiten het werk

- f 1 Neem in uw gedachten een gewone week in de afgelopen 12 maanden. Hoeveel uur heeft u toen doorgebracht met de volgende activiteiten? *Graag afronden op hele uren (indien minder dan een half uur, zet dan "0").*
- a. lopen (inclusief lopen van en naar werk, winkelen en lopen in uw vrije tijd) uren per week in de zomer
 uren per week in de winter
- b. fietsen (inclusief fietsen van en naar werk en in uw vrije tijd) uren per week in de zomer
 uren per week in de winter
- c. tuinieren uren per week in de zomer
 uren per week in de winter
- d. klussen/doe-het-zelven uren per week in de zomer
 uren per week in de winter
- e. andere lichaamsbeweging (bijv. zwemmen, joggen, tennissen, gymnastiek, enz.) uren per week in de zomer
 uren per week in de winter
- f. huishoudelijk werk (bijv. schoonmaken, wassen, koken, kinderen verzorgen, enz.) uren per week in de zomer
 uren per week in de winter

f 2 Heeft u in zo'n gewone week in de afgelopen 12 maanden één van bovenstaande activiteiten zo intensief uitgevoerd dat u moest zweten of een verhoogde hartslag kreeg?

¹ ja ² nee

a. Zo ja, hoeveel uur per week deed u dergelijke activiteiten?
Graag afronden op hele uren (indien minder dan een half uur, zet dan "0")

uren per week

f 3 Neem in uw gedachten een gewone week in de afgelopen 12 maanden. Hoeveel trappen heeft u toen gemiddeld per dag opgelopen (één trap is 14 treden)?

trappen per dag

f 4 a. Doet u aan sport (inclusief conditietraining en trimmen)?

¹ ja

² nee → *ga naar vraag f 5*

b. Welke sport beoefent u het meest?

Naam sport

c. Hoe vaak beoefent u deze sport?

uren per week

weken per jaar

d. Hoelang beoefent u deze sport al?

jaren

e. Doet u aan meer dan één sport?

¹ ja

² nee → *ga naar vraag f 5*

f. Welke sport doet u nog meer?
Indien er meer zijn, de belangrijkste noemen

Naam sport

g. Hoe vaak beoefent u deze sport?

uren per week

weken per jaar

h. Hoelang beoefent u deze sport al?

jaren

f 5 Onderneemt u nog andere activiteiten die zware lichamelijke inspanning kosten (bijv. in uw vrije tijd of vakantie)?

¹ ja

² nee → *ga naar vraag g 1*

b. Wat is de belangrijkste activiteit?

Naam activiteit

c. Hoe vaak doet u deze activiteit?

uren per week

weken per jaar

g Zitten

g 1 Neem in uw gedachten een gewone week in de afgelopen 12 maanden. Hoeveel uur heeft u toen doorgebracht met de volgende activiteiten?
Graag afronden op hele uren (indien minder dan een half uur, zet dan "0").

a. Reizen met een motorvoertuig (zoals trein, bus, auto, tram, brommer, motor)

Tijdens woonwerk verkeer uren per week

Tijdens het werk uren per week

In de vrije tijd uren per week

b. Zitten op het werk en/of school (achter bureau, computer of vergaderen)

uren per week

c. Zitten in de vrije tijd

Lezen en/of studeren uren per week

Televisie kijken uren per week

Achter de computer zitten uren per week

Andere zittende activiteiten (met vrienden praten, spelletjes doen, muziek luisteren etc) uren per week

h Slaap

h 1 Hoeveel uur slaapt u gemiddeld per etmaal?

¹ 5 uur of minder

² 6 uur

³ 7 uur

⁴ 8 uur

⁵ 9 uur of meer

h 2 Hoe vaak gedurende de afgelopen 4 weken

	altijd	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
a. had u het gevoel dat u niet rustig sliep (woelen, gespannen voelen, praten etc. terwijl u sliep)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. kreeg u genoeg slaap om 's morgens uitgerust wakker te worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. werd u kortademig of met hoofdpijn wakker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. voelde u zich overdag suf of slaperig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. had u moeite met inslapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. werd u midden in uw slaap wakker en had u moeite om weer in slaap te vallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. had u moeite om overdag wakker te blijven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. snurkte u tijdens uw slaap?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. deed u overdag dutjes (van 5 minuten of langer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. kreeg u zoveel slaap als u nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. werd u te vroeg of tijdens de nacht wakker door invloeden van buiten (bv. huilende kinderen, geluid van buiten)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. gebruikte u medicijnen om beter te slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

h 3 Hoe zou u zichzelf omschrijven?

- 1 ik ben overduidelijk een "ochtendmens"
- 2 ik ben meer een "ochtendmens" dan een "avondmens"
- 3 ik ben meer een "avondmens" dan een "ochtendmens"
- 4 ik ben overduidelijk een "avondmens"
- 5 geen specifiek type
- 6 weet ik niet

i Zorggebruik

- i 1** Wanneer heeft u voor het laatst **voor uzelf** contact gehad met een huisarts?
Bezoek aan huisarts, huisbezoeken en telefonisch consult (hiermee wordt niet bedoeld telefonisch contact voor het aanvragen van een herhaalrecept).

- 1 in de afgelopen 2 maanden → Hoe vaak hebt u in de afgelopen 2 maanden contact gehad? keer
- 2 langer dan 2 maanden maar minder dan 12 maanden geleden
- 3 12 maanden geleden of langer
- 4 nog nooit

- i 2** Heeft u in de afgelopen 12 maanden **voor uzelf** contact gehad met een van de volgende zorgverleners?
Geef op iedere regel uw antwoord.

	Ja	Nee
a. Medisch specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Tandarts of mondhygiënist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Bedrijfsarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. GGD of GG&GD (gemeentelijke gezondheidsdienst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Diëtist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Logopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Oefentherapeut Cesar/Mensendieck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Thuiszorg (wijkverpleegkundige, gezinsverzorging, Alfa-hulp)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. RIAGG/GGZ (instellingen voor geestelijke gezondheidszorg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Algemeen Maatschappelijk Werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. CAD/verslavingzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Vrijgevestigd psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Vrijgevestigd psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Alternatieve behandelaars (homeopaat, acupuncturist, iriscopist, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2

i 3 Heeft u de afgelopen 12 maanden een nacht of langer in een ziekenhuis of kliniek gelegen?

- 1 nee
- 2 ja, en hoeveel keer de afgelopen 12 maanden: keer

i 4 Was u de afgelopen 12 maanden (tijdelijk) opgenomen in een verpleeghuis, revalidatiecentrum of verzorgingshuis? Zo ja, voor hoeveel weken?

- 1 nee
- 2 ja, voor weken

i 5 Heeft u de afgelopen 12 maanden vanwege uw gezondheid hulp gekregen van gezinsleden, familieleden of mensen uit uw naaste omgeving? Zo ja, waarvoor?

- 1 nee → *ga naar vraag j 1*
- 1 ja, hulp bij huishoudelijk werk (koken, boodschappen, de was, schoonmaken, enz.)
- 1 ja, hulp bij de persoonlijke verzorging (wassen, aankleden, steunkousen, enz.)
- 1 ja, hulp bij verpleging (wondverzorging, injecties, medicijnen)
- 1 ja, hulp bij het regelen van zaken en bij ondernemen van activiteiten

Zo ja:

a. Ging het hierbij om een aaneengesloten periode van meer dan 3 maanden (13 weken)?

- 1 nee, ik kreeg hulp voor een kortere periode
- 2 ja

b. Van wie kreeg u deze hulp?

	Aantal uren per week	Aantal weken in de afgelopen 12 maanden
1 <input type="checkbox"/> Partner	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
1 <input type="checkbox"/> Inwonend kind (18 jaar of ouder)	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
1 <input type="checkbox"/> Inwonend kind jonger dan 18 jaar	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
1 <input type="checkbox"/> Inwonende familie of huisgenoot (anders dan kind of partner)	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
1 <input type="checkbox"/> Een niet-inwonend familielid	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken
1 <input type="checkbox"/> Buurvrouw, buurman, vriend, kennis	<input type="text"/> <input type="text"/> uren	<input type="text"/> <input type="text"/> weken

j Omgeving

j 1 De volgende vraag gaat over de mensen in uw woonomgeving. Graag aangeven in hoeverre u het eens bent met onderstaande stellingen.

	helemaal eens	beetje eens	niet eens/niet oneens	beetje oneens	helemaal oneens
a. De mensen in mijn buurt helpen elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. De mensen in mijn buurt voelen zich verbonden met elkaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De mensen in mijn buurt zijn te vertrouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Ik ga liever niet om met de mensen in mijn buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

De volgende vragen gaan over contacten met familieleden. Het gaat hierbij om ontmoetingen, telefonische en schriftelijke contacten/e-mail contact met familie of gezinsleden die niet bij u in huis wonen.

j 2 Hoe vaak hebt u contact met één of meer familieleden?

1 minstens 1 keer in de week

2 3 keer per maand

3 2 keer per maand

4 1 keer per maand

5 minder dan 1 keer per maand

6 zelden of nooit

j 3 Hoe vaak hebt u contact met vrienden, vriendinnen of echte goede kennissen?

1 minstens 1 keer in de week

2 3 keer per maand

3 2 keer per maand

4 1 keer per maand

5 minder dan 1 keer per maand

6 zelden of nooit

j 4 Hoe vaak hebt u contact met buren of mensen die bij u in de straat wonen?

1 minstens 1 keer in de week

2 3 keer per maand

3 2 keer per maand

4 1 keer per maand

5 minder dan 1 keer per maand

6 zelden of nooit

k Activiteiten

k 1

Hieronder staat een aantal activiteiten. Wilt u aangeven hoe vaak u deze activiteiten doet? *Let u er a.u.b. op dat u bij elke regel een hokje aankruist.*

	(Vrijwel) dagelijks	Wekelijks	Een paar keer per maand	Een keer per maand of minder	(Vrijwel) nooit
a. Op bezoek gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Bezoek ontvangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Wandelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Fietsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verenigingsactiviteiten doen (anders dan sport)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Vrijwilligerswerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Betaald werk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hobby uitvoeren, cursus doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Werk voor de kerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Passen op de kleinkinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Verzorgen van zieke partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verzorgen van zieke, anders dan partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Bij anderen klusjes doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Bibliotheek bezoeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Internetten/e-mailen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Vragenlijst 1

l Ervaren gezondheid

l 1

In welke mate voelt u zich beperkt vanwege uw gezondheid bij het vervullen van de volgende taken of rollen?

- a. Rol als partner (liefde, troost, seksualiteit, steun)
- b. Rol als ouder (verzorging, opvoeding)
- c. Huishoudelijk werk (koken, schoonmaken)
- d. Klussen in en om het huis (tuinieren, kleine klusjes)
- e. Onderhouden van contacten (op visite gaan, mensen ontvangen)
- f. Hulp aan zieke of oudere mensen
- g. Vrijwilligerswerk

niet beperkt	enigszins beperkt	zeer beperkt	niet van toepassing
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4

l 2

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

- a. Forse inspanning zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten.
- b. Matige inspanning zoals stofzuigen, fietsen, verplaatsen van een tafel.
- c. Tillen of boodschappen dragen
- d. Een paar trappen oplopen
- e. Eén trap oplopen
- f. Buigen, knielen of bukken
- g. Meer dan een kilometer lopen
- h. Een halve kilometer lopen
- i. Honderd meter lopen
- j. Uzelf wassen of aankleden

Ja, ernstig beperkt	Ja, een beetje beperkt	Nee, helemaal niet beperkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3

- 3 Had u, ten gevolge van uw **lichamelijke gezondheid**, de afgelopen 4 weken één van de volgende problemen bij uw werk of andere dagelijkse bezigheden?
- a. U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk en andere bezigheden ¹ ja ² nee
- b. U heeft minder bereikt dan u zou willen ¹ ja ² nee
- c. U was beperkt in het soort werk of het soort bezigheden ¹ ja ² nee
- d. U had moeite met het werk of andere bezigheden (het kostte u bijvoorbeeld extra inspanning) ¹ ja ² nee

- 4 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?
- a. U heeft minder tijd kunnen besteden aan werk of andere bezigheden ¹ ja ² nee
- b. U heeft minder bereikt dan u zou willen ¹ ja ² nee
- c. U heeft het werk of andere bezigheden niet zo zorgvuldig gedaan als u gewend bent ¹ ja ² nee

- 5 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, buren of anderen?
- ¹ helemaal niet
- ² enigszins
- ³ nogal
- ⁴ veel
- ⁵ heel erg veel

- 6 Hoeveel **pijn** had u de afgelopen 4 weken?
- ¹ geen
- ² heel licht
- ³ licht
- ⁴ nogal
- ⁵ ernstig
- ⁶ heel ernstig

- 7 In welke mate heeft **pijn** u de afgelopen 4 weken belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?
- ¹ helemaal niet
- ² een klein beetje
- ³ nogal
- ⁴ veel
- ⁵ heel erg veel

- 8 Hoe vaak hebben uw **lichamelijke gezondheid** of **emotionele problemen** gedurende de afgelopen 4 weken uw sociale activiteiten (zoals bezoek aan vrienden of naaste familieleden) belemmerd?
- ¹ voortdurend
- ² meestal
- ³ soms
- ⁴ zelden
- ⁵ nooit

- 9 Deze 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?
- | | voortdurend | 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 uitgeblust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. voelde u zich gelukkig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. voelde u zich moe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

- 10 Wilt u het antwoord kiezen dat het beste weergeeft hoe juist of onjuist u elk van de volgende uitspraken voor uzelf vindt.
- | | volkomen juist | grotendeels juist | weet ik niet | grotendeels onjuist | volkomen onjuist |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ik lijk gemakkelijker ziek te worden dan andere mensen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ik verwacht dat mijn gezondheid achteruit zal gaan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. mijn gezondheid is uitstekend | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Nu volgt een lijst met vragen waarin telkens over 'men' gesproken wordt. Het is de bedoeling dat u onder 'men' telkens de mensen waar u mee omgaat (dus het geheel van familieleden, vrienden, kennissen, burens, collega's etcetera) verstaat. Wilt u het antwoord aankruisen dat het best bij u past

13	Gebeurt het wel eens dat men:	Zelden of nooit	Af en toe	Regelmatig	Erg vaak
a.	U uitnodigt voor een feestje of etentje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	Gezellig bij u op bezoek komt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Genegenheid voor u toont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	U troost?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	U complimenten geeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	Interesse voor u toont?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	U hulp biedt in bijzondere gevallen, zoals bij ziekte, verhuizing, kinderen uitbesteden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	U gerust stelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	U goede raad geeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	U in vertrouwen neemt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	U om hulp of advies vraagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	Uw sterke punten naar voren haalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4

Einde van de vragenlijst
Hartelijk dank voor het invullen

