



Rijksinstituut voor Volksgezondheid  
en Milieu  
Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

## Vragenlijst 2 Doetinchem Studie



Gelre-IJssel

### Toelichting bij de extra vragenlijst

In deze tweede vragenlijst staan extra vragen die te maken hebben met uw gezondheid. Dit zijn vragen over bijvoorbeeld infectieziekten maar ook over uw omgeving en beroep.

Bij de meeste vragen staat een aantal antwoordmogelijkheden aangegeven. U wordt verzocht het antwoord dat voor u het meest van toepassing is óf dat er het beste mee overeenstemt, aan te kruisen.

Wij danken u alvast voor het invullen van de vragenlijst en wensen u veel succes!

De vragenlijst kunt u in de antwoordenvolp terugsturen naar:  
Doetinchem Studie  
Antwoordnummer 3263  
3720 VB Bilthoven

.....  
DOOR MEDEWERKSTER IN TE VULLEN:

Deelnemer: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] GGD-mw.: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
.....

Uitgiftedatum: datum [ ] [ ] [ ] [ ] [ 2 ] [ 0 ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
.....

## a Algemeen

a 1 Wat is uw geboortedatum? dag maand jaar    1 9

a 2 Wat is uw geslacht? 1  man  
2  vrouw

a 3 Hebt u kinderen? 1  nee → ga naar vraag a 7  
2  ja, namelijk   kinderen (aantal invullen)

a 4 Wat is de **huidige leeftijd** van uw jongste en uw oudste kind in jaren, te beginnen met de jongste? *Leeftijden invullen*  
leeftijd leeftijd  
  jongste kind   oudste kind

a 5 Hebt u kleinkinderen? 1  nee → ga naar vraag a 7  
2  ja, namelijk   kleinkinderen (aantal invullen)

a 6 Wat is de **huidige leeftijd** van uw jongste en uw oudste kleinkind in jaren, te beginnen met de jongste? *Leeftijden invullen*  
leeftijd leeftijd  
  jongste kleinkind   oudste kleinkind

a 7 Hoe vaak had u in de afgelopen 12 maanden contact met kinderen jonger dan 6 jaar? *We bedoelen hier met contact dat u tenminste enkele woorden heeft gewisseld met iemand en/of iemand heeft aangeraakt, telefoongesprekken tellen niet mee*  
1  elke dag  
2  meerdere malen per week  
3  één keer per week  
4  meerdere malen per maand  
5  één keer per maand  
6  minder vaak  
7  nooit  
8  weet ik niet

a 8 Hebt u in de afgelopen 6 maanden contact gehad met iemand die waterpokken had? *We bedoelen hier met contact dat u tenminste enkele woorden heeft gewisseld met iemand en/of iemand heeft aangeraakt, telefoongesprekken tellen niet mee*  
1  ja  
2  nee

## Vragenlijst 2 Doetinchem Studie

## b Geboortegewicht

b 1 Wat was uw eigen gewicht bij geboorte?     gram of   ,   pond  
3  onbekend

b 2 Indien u uw geboortegewicht weet, hoe weet u dit? 1  uit het boekje van het consultatiebureau  
2  uit het geboortekaartje  
3  mondelinge informatie van familie  
4  anders nl:

b 3 Bij hoeveel weken bent u geboren?   weken  
*Indien bekend, graag aantal weken invullen. (een normale zwangerschap is 40 weken)*  
Indien onbekend, weet u het aantal maanden?  maanden

Indien onbekend, weet u of u te vroeg, op tijd of te laat bent geboren?  
1  te vroeg  
2  op tijd  
3  te laat  
4  onbekend

## c Tand en kiezen

c 1 Heeft u eigen tanden en kiezen of een kunstgebit? 1  alleen eigen tanden en kiezen (incl. kronen, vaste bruggen, implantaten)  
2  zowel eigen tanden en kiezen als een gedeeltelijk kunstgebit  
3  volledig kunstgebit  
4  geen eigen tanden en kiezen en ook geen kunstgebit → ga naar vraag d 1

c 2 Hoe vaak gaat u meestal voor controle naar de tand-arts of mondhygiënist? 1  nooit, ik ga alleen als ik (pijn) klachten heb  
2  minder dan 1 keer per 2 jaar  
3  ongeveer iedere 2 jaar  
4  1 keer per jaar of vaker

- c 3 Hoe vaak poetst u meestal uw tanden?
- 1  nooit
  - 2  minder dan 1 keer per dag
  - 3  1 keer per dag
  - 4  2 keer per dag of vaker

- c 4 Bloedt het tandvles tijdens het poetsen?
- 1  ja, meestal
  - 2  ja, soms
  - 3  nee, (bijna) nooit

## d Vaccinaties en infectieziekten

- d 1 Bent u in het afgelopen winterseizoen (meestal oktober-november) gevaccineerd tegen de griep?
- 1  ja
  - 2  nee, maar ik ben weleens tegen de griep gevaccineerd
  - 3  nee, ik ben nog nooit tegen de griep gevaccineerd

- d 2 Wat was voor u de voornaamste reden om u niet/wel te laten vaccineren tegen de griep?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- d 3 Kunt u op deze schaal aangeven in hoeverre u bereid bent om u tegen griep te laten vaccineren?  
*U kunt het cijfer aankruisen dat het beste uw mening beschrijft.*
- | Ik zou me zeker niet laten vaccineren | neutraal                 |                          |                          | Ik zou me zeker wel laten vaccineren |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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                        | 5                                    | 6                        | 7                        |

**Longontsteking** gaat samen met (hoge) koorts, moeite met ademen en pijn met ademen. Meestal is longontsteking te genezen met antibiotica maar er zijn mensen die er aan overlijden.

- d 4 Hebt u in de afgelopen 12 maanden longontsteking gehad?
- 1  ja
  - 2  nee
  - 3  weet ik niet

- d 5 Kunt u op deze schaal aangeven in hoeverre u bereid bent om u tegen longontsteking te laten vaccineren? U kunt het cijfer aankruisen dat het beste uw mening beschrijft.
- | Ik zou me zeker niet laten vaccineren | neutraal                 |                          |                          | Ik zou me zeker wel laten vaccineren |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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                        | 5                                    | 6                        | 7                        |

- d 6 Hebt u in de afgelopen 12 maanden gedurende meer dan twee weken veel gehoest?
- 1  ja, minder dan 3 maanden geleden en ik hoest nog steeds
  - 2  ja, minder dan 3 maanden geleden maar ik hoest nu niet meer
  - 3  ja, 3-6 maanden geleden
  - 4  ja, 6-12 maanden geleden
  - 5  nee → ga naar vraag d 8
  - 6  weet ik niet → ga naar vraag d 8

**Kinkhoest** gaat vaak gepaard met veel en langdurig hoesten (soms met een gierende ademhaling). Behandeling met antibiotica heeft alleen zin wanneer er vroeg mee begonnen wordt.

- d 7 U hebt aangegeven in de afgelopen 12 maanden gedurende meer dan twee weken veel te hebben gehoest. Hebt u daarvoor een arts bezocht?
- 1  ja, de arts heeft de diagnose kinkhoest gesteld
  - 2  ja, de arts heeft **niet** de diagnose kinkhoest gesteld
  - 3  nee
  - 4  weet ik niet

- d 8 Kunt u op deze schaal aangeven in hoeverre u bereid bent om u tegen kinkhoest te laten vaccineren? U kunt het cijfer aankruisen dat het beste uw mening beschrijft.
- | Ik zou me zeker niet laten vaccineren | neutraal                 |                          |                          | Ik zou me zeker wel laten vaccineren |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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                        | 5                                    | 6                        | 7                        |

**Gordelroos** gaat samen met een rode huiduitslag met kleine met vocht gevulde blaasjes op één specifieke plek van het lichaam. Deze blaasjes kunnen heftig jeuken en pijnlijk zijn. De pijn is moeilijk te behandelen en kan soms maanden of jaren duren.

- d 9 Hebt u ooit gordelroos gehad?
- 1  ja, in de afgelopen 12 maanden
  - 2  ja, meer dan 12 maanden geleden
  - 3  nee → ga naar vraag d 13
  - 4  weet ik niet → ga naar vraag d 13

- d 10 Hoe oud was u toen u gordelroos kreeg?  
*indien u het niet meer precies weet, geeft u dan een schatting*
- jaar

- d 11 Kunt u op deze schaal aangeven hoe ernstig u het doormaken van gordelroos heeft ervaren?  
*U kunt het cijfer aankruisen dat het beste uw mening beschrijft.*
- | zeer mild                | niet mild, niet ernstig  |                          |                          | zeer ernstig             |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <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                        | 5                        | 6                        | 7                        |

- d 12 Hebt u vanwege gordelroos een huisarts bezocht of bent u vanwege gordelroos opgenomen in een ziekenhuis?
- 1  nee
- 2  ja, ik heb een huisarts bezocht
- 3  ja, ik ben opgenomen geweest in een ziekenhuis

- d 13 Kunt u op deze schaal aangeven in hoeverre u bereid bent om u tegen gordelroos te laten vaccineren? *U kunt het cijfer aankruisen dat het beste uw mening beschrijft.*

Ik zou me zeker niet laten vaccineren		neutraal			Ik zou me zeker wel laten vaccineren	
<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	5	6	7

## e Drinkwater

- e 1 Hoe vaak slikt u een **slok kraanwater** in bij bezigheden als wassen, douchen en tanden poetsen gemiddeld per week?
- keer

- e 2 Hoeveel glazen water drinkt u gemiddeld per week? *Hier bedoelen we*

> wel: **kraanwater** (ongekookt), ook voor het innemen van geneesmiddelen, aanlenglimonade en ijsblokjes.  
> niet: mineraalwater, soep, frisdrank, kookwater van groenten, koffie en thee

- a. tijdens de maaltijden   glazen per week
- b. tussendoor, na het sporten, voor het slapen gaan, enz.   glazen per week

## f Bewegen

- f 1 Welke **redenen** zijn voor u belangrijk om te sporten en bewegen? *Meerdere antwoorden mogelijk*
- 1  lichaamsbeweging / gezondheid
- 1  opbouw van conditie, kracht en/of lenigheid
- 1  afslanken / uiterlijk
- 1  competitie, meten met anderen
- 1  prestatie, jezelf verbeteren
- 1  uitlaatklep voor dagelijks leven / ontspanning
- 1  gezelligheid / sociale contacten
- 1  lekker buiten zijn
- 1  niet duur
- 1  anders
- 1  geen enkele, doe niet (zo veel) aan sport en bewegen

- f 2 Welke **belemmeringen** ervaart u om te sporten en te bewegen? *Meerdere antwoorden mogelijk*

- 1  tijdgebrek vanwege combinatie werk, studie, gezin of andere activiteiten
- 1  het weer
- 1  sporten is te duur
- 1  lichamelijke problemen / ziekte
- 1  bang om te vallen / angst voor blessures
- 1  ik houd het niet zo lang vol
- 1  niet leuk om te doen
- 1  geen mensen om samen te sporten en te bewegen
- 1  anders
- 1  geen enkele

### Sporten en bewegen in de buurt

- f 3 Van welke van de onderstaande sport en beweegvoorzieningen in uw buurt maakt u **zelf** gebruik om te sporten en/of te bewegen?

- a. Fietspaden, **niet** gescheiden van de autorijbaan
- b. Fietspaden, gescheiden van de autorijbaan
- c. Park
- d. Bos
- e. Sportveldje met toestellen (voetbalkooi, basketbalbord, tafeltennistafel, enz.)
- f. Sportveld (voetbal, tennis, atletiek, enz.)
- g. Sportschool / fitnesscentrum
- h. Sporthal (tennis, squash, volleybal, basketbal, gymnastiek, enz.)
- i. Zwembad
- j. Andere sport en/of beweegvoorziening(en), namelijk

	Ja	nee	Niet van toepassing, een dergelijke voorziening is niet aanwezig in mijn buurt
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3

f 4 Zijn er volgens u omstandigheden in uw buurt die het minder aantrekkelijk maken om er te sporten en te bewegen?

*Meerdere antwoorden mogelijk*

- nee
- mijn sport is niet in de buurt of wijk mogelijk
- er zijn geen goede wandel- en/of fietspaden in mijn buurt (ook voor bijvoorbeeld kinderwagens, rolstoelen, rollators)
- de sport- en beweegvoorzieningen worden slecht onderhouden
- de sport- en beweegvoorzieningen zijn moeilijk bereikbaar
- de openingstijden van de sport en beweegvoorzieningen zijn voor mij ongunstig
- de sport- en beweegvoorzieningen zijn niet gratis toegankelijk
- de verkeersveiligheid rondom de sport- en beweegvoorzieningen
- ik voel me niet veilig in / rondom de sport- en beweegvoorzieningen
- er worden in mijn buurt geen leuke sport- en beweegactiviteiten georganiseerd
- de sport- en beweegvoorzieningen zijn vaak bezet door een doelgroep (bijv. kinderen) waar ik niet bij hoor
- anders, namelijk

### Woonomgeving

f 5 Kunt u voor uw huidige woonomgeving in het algemeen en voor onderstaande specifieke aspecten van uw woonomgeving aangeven hoe tevreden u er mee bent?

*Per regel één antwoord aankruisen*

#### Algemeen

a. Hoe tevreden bent u met uw huidige woonomgeving?

#### Specifiek

b. De bebouwing in uw buurt

c. De sport- en beweegvoorzieningen in uw buurt

d. De verkeersveiligheid in uw buurt

e. De sociale veiligheid in uw buurt

f. De natuurlijke omgeving in uw buurt

*Het gaat hier om bijvoorbeeld bomen, perken, sloten, vijvers, plantsoenen, singels en parken*

g. De luchtkwaliteit in uw buurt

h. De geluiden in uw buurt

	zeer ontevreden	ontevreden	neutraal	tevreden	zeer tevreden
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

## g Gezondheidszorg

Als u contact heeft met zorgverleners zoals huisarts (voor uzelf of familieleden), ontvangt u naast mondelinge informatie mogelijk ook schriftelijke informatie. Met de volgende vragen willen wij achterhalen in hoeverre de schriftelijke informatie die u ontvangt begrijpelijk voor u is.

- g 1 Hoe vaak helpt iemand u met het lezen van brieven of folders van uw huisarts of het ziekenhuis?
- nooit
- af en toe
- soms
- vaak
- altijd
- g 2 Hoe zeker bent u ervan dat u medische formulieren zelf goed invult?
- heel erg
- nogal
- een beetje
- een klein beetje
- helemaal niet
- g 3 Hoe vaak is het moeilijk voor u meer te weten te komen over uw gezondheid, omdat u geschreven informatie niet goed begrijpt?
- nooit
- af en toe
- soms
- vaak
- altijd
- g 4 Heeft iemand u geholpen bij het invullen van de vragenlijst?
- ja
- nee

g 5

Wilt u bij ieder van onderstaande opgaven of uitdagingen aangeven of u hiermee te maken heeft?

	Hoe vaak moet u ...				→	Hoe vaak zou u hierbij (extra) hulp of ondersteuning willen?			
	nooit	soms	meestal	altijd		nooit	soms	meestal	altijd
a. Medicijnen innemen volgens voorschrift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Op bezoek gaan bij artsen en andere zorgverleners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hulp invoeren als dat nodig is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Thuis oefeningen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hulpmiddelen gebruiken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. De informatie van artsen en andere zorgverleners begrijpen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Zelf uw klachten en symptomen in de gaten houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zelfzorgtaken uitvoeren zoals uw wond verzorgen, steunkousen aantrekken, uw medicijnen innemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Uw eigen gezondheid in de gaten houden door bijvoorbeeld het meten van uw suiker of uw bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Gesprekken aangaan met hulpverleners	<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		1	2	3	4

## h Geluidshinder

Onderstaande vragen gaan over geluid in uw (voormalige) werkomgeving

h 1 Als u denkt aan de afgelopen 12 maanden, welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate u gehinderd, gestoord of geërgerd wordt door geluid van de onderstaande bronnen als u thuis bent?

*Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom ("niet hoorbaar") aangeven. Geef op iedere regel uw antwoord.*

- a. Verkeer op wegen waar je harder mag dan 50 km/uur
- b. Verkeer op wegen waar je niet harder mag dan 50 km/uur
- c. Treinen
- d. Vliegtuigen
- e. Bedrijven/industrie
- f. Buren
- g. Bromfietsen / bromscooters
- h. Overig

	Helemaal niet gehinderd										Extreem gehinderd	Niet hoorbaar	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9			10
a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

h 2 Heeft u **nu of ooit** in uw werk te maken gehad met hard geluid of luide muziek? (zodanig dat het u hindert of hinderde)

- 1  nooit → ga naar vraag i 1
- 2  weinig (enkele keer per maand)
- 3  af en toe (maar meerdere keren per week)
- 4  voortdurend of zeer geregeld/dagelijks

h 3 Hoeveel jaar heeft u tijdens uw werkzame leven te maken gehad met harde geluiden of luide muziek?

aantal jaren

h 4 Maakte u gebruik van gehoorbescherming?

- 1  ja
- 2  soms
- 3  nee

## i Beroep

i 1 Wilt u hieronder alle functies/beroepen opschrijven die u ooit heeft uitgeoefend, inclusief uw huidige beroep?

*Het gaat hier alleen om betaald werk*

soort functie/beroep	soort bedrijf/instelling/industrietak	de periode van werk
		van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
		van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
		van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
		van <input type="text"/> tot <input type="text"/>
		van <input type="text"/> tot <input type="text"/>

i 2 Met welke van de volgende groepen heeft u in uw beroep/vrijwilligerswerk contact gehad **in de afgelopen 12 maanden?**

*Telefoongesprekken en e-mail tellen niet mee. Meerdere antwoorden mogelijk.*

1 patiënten

2 cliënten/klanten

3 kinderen/leerlingen

4 dieren

5 niet van toepassing

i 3 Met welke van de volgende groepen heeft u in uw beroep/vrijwilligerswerk **ooit** contact gehad?

*Telefoongesprekken en e-mail tellen niet mee. Meerdere antwoorden mogelijk.*

1 patiënten

2 cliënten/klanten

3 kinderen/leerlingen

4 dieren

5 niet van toepassing

## Vragenlijst 2

## j Werk: avond-, wissel- of slaapdiensten

j 1 Heeft u ooit avonddiensten, slaapdiensten, nachtdiensten of wisselende diensten gedraaid?

*>Avonddiensten eindigen vóór middernacht.*

*>Bij nachtdiensten werkt men (door) na middernacht.*

*>Bij slaapdiensten slaapt men op het werk en wordt men gewekt indien dat nodig is.*

*>Bij wisselende diensten werkt men afwisselend in dag-, avond-, slaap-, en/of nachtdiensten.*

**Zo ja, wat voor diensten en wanneer was dat?**

*Kruis alle soorten diensten aan die van toepassing zijn (geweest).*

1 ja

2 nee → ga naar vraag j 2

ja, ik heb **wisselende diensten** gedraaid

*Waarin dag-, nacht-, avond-, en/of slaapdiensten elkaar afwisselden*

jaar

Wanneer bent u hiermee begonnen?

Wanneer bent u hiermee gestopt?

jaar

*Vul het huidige jaar in als u dit nu nog doet.*

Hoe lang heeft u dit in totaal gedaan?

*Tel periodes waarin u tussendoor niet in wisselende diensten werkte **niet** mee.*

jaren  maanden

Gemiddeld hoeveel keer per maand werkte u 3 uur of langer tussen middernacht en 5 uur 's ochtends?

*Tel bij slaapdiensten alleen de uren mee als u gewekt werd.*

keer per maand

ja, ik heb periode(s) **uitsluitend avond-diensten** gedraaid

*Diensten eindigend voor middernacht*

jaar

Wanneer bent u hiermee begonnen?

Wanneer bent u hiermee gestopt?

jaar

*Vul het huidige jaar in als u dit nu nog doet.*

Hoe lang heeft u dit in totaal gedaan?

*Tel periodes waarin u tussendoor niet in avonddiensten werkte **niet** mee.*

jaren  maanden

ja, ik heb periode(s) **uitsluitend slaap-  
diensten** gedraaid

*Waarin u op het werk slaapt en indien nodig  
gewerkt wordt*

Wanneer bent u hiermee begonnen?

jaar  
[ ] [ ] [ ] [ ]

Wanneer bent u hiermee gestopt?

*Vul het huidige jaar in als u dit nu nog doet.*

jaar  
[ ] [ ] [ ] [ ]

Hoe lang heeft u dit in totaal gedaan?

*Tel periodes waarin u tussendoor niet uitsluitend  
in slaapdienst werkte **niet** mee.*

[ ] [ ] jaren [ ] [ ] maanden

Gemiddeld hoeveel keer per maand werkte  
u 3 uur of langer tussen middernacht en  
5 uur 's ochtends?

*Tel alleen de uren mee als u gewerkt hebt*

[ ] [ ] keer per maand

ja, ik heb periode(s) **uitsluitend nacht-  
diensten** gedraaid

*Diensten starten na middernacht*

Wanneer bent u hiermee begonnen?

jaar  
[ ] [ ] [ ] [ ]

Wanneer bent u hiermee gestopt?

*Vul het huidige jaar in als u dit nu nog doet.*

jaar  
[ ] [ ] [ ] [ ]

Hoe lang heeft u dit in totaal gedaan?

*Tel periodes waarin u tussendoor niet uitsluitend  
in nachtdienst werkte **niet** mee.*

[ ] [ ] jaren [ ] [ ] maanden

Gemiddeld hoeveel keer per maand werkte  
u 3 uur of langer tussen middernacht en  
5 uur 's ochtends?

[ ] [ ] keer per maand

j 2 Datum waarop u deze lijst heeft ingevuld:

dag maand jaar  
[ ] [ ] [ ] 2 0 [ ] [ ]

Einde van de vragenlijst  
Hartelijk dank voor het invullen

*Graag de vragenlijst retour sturen in de antwoordenvlop (postzegel niet nodig)*

Doetinchem Studie  
Antwoordnummer 3263  
3720 VB Bilthoven



