

VOOR U BEGINT...

Hartelijk dank dat u mee wilt doen aan dit onderzoek! Hieronder leest u meer over de vragenlijst en hoe deze in te vullen.

Het is belangrijk dat degene aan wie de brief gestuurd is, de vragenlijst invult.

In de vragenlijst staan vragen over gezondheid, welzijn en leefstijl. Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. Door de vragenlijst in te vullen en terug te sturen gaat u akkoord met deelname aan de GGD Gezondheidsmonitor 2024. U kunt er altijd voor kiezen om bepaalde vragen niet te beantwoorden of uw deelname te stoppen.

Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld, veilig opgeslagen en niet gedeeld met partijen die niet in de privacyverklaring staan. Uw antwoorden worden op groepsniveau verwerkt door de GGD, het RIVM en het CBS.

Meer informatie over hoe we omgaan met uw antwoorden staat in de privacyverklaring op de website van uw GGD.

Invullen vragenlijst...

- > Vul de vragenlijst in met een zwarte of blauwe pen.
- > Zet een kruisje in het hokje bij uw gekozen antwoord:
- > Foutje gemaakt? Maak dan het foute hokje zwart: en zet een kruisje in het goede hokje: .
- > Kruis bij iedere vraag één antwoord aan, tenzij bij de uitleg van de vraag staat dat u meerdere antwoorden kunt aankruisen.
- > Soms kunt u een vraag overslaan op basis van een eerder antwoord. Er staat dan '→ **GA NAAR VRAAG ...**'.
- > Als we u vragen iets op te schrijven, wilt u dat doen binnen het tekstvak?
- > Als u een getal moet invullen, vul dan één cijfer per hokje in. Zet géén streepjes als u iets niet hoeft in te vullen.

Voorbeeld: uw geboortjaar is 1964

Goed

1	9	6	4
---	---	---	---

Niet goed

		19	64
--	--	----	----

Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0191 (gratis) of mail naar NLhelpdeskGM@ipsos.com
U krijgt dan contact met Ipsos I&O, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek. De helpdesk kan u helpen met het invullen van de vragenlijst.

A. ALGEMEEN

A1. **Wat is uw geboortjaar?**

--	--	--	--

A2. **Bent u ...?**

- Een man
- Een vrouw
- Non-binair
- Anders dan bovenstaande

A3. **Met welke personen woont u samen?**

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Met een partner / echtgenoot of echtgenote
- Met kind(eren) jonger dan 4 jaar
- Met kind(eren) van 4 t/m 11 jaar
- Met kind(eren) van 12 t/m 17 jaar
- Met kind(eren) van 18 jaar of ouder
- Met mijn ouder(s) / verzorger(s)
- Met een andere volwassene / andere volwassenen
- Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een vaste relatie
- Ik woon alleen

A4. **Wat is uw hoogst afgeronde opleiding (met diploma of getuigschrift)?**

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

B. GEZONDHEID

B1. **Hoe is over het algemeen uw gezondheid?**

- Zeer goed
- Goed
- Gaat wel
- Slecht
- Zeer slecht

B2. **Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?**

Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.

- Ja
- Nee

B3. **Bent u door problemen met uw gezondheid beperkt in uw dagelijks leven?**

- Ja, ernstig beperkt
- Ja, wel beperkt maar niet ernstig
- Nee, helemaal niet beperkt → **GA NAAR VRAAG B5**

B4. **Duurt deze beperking al 6 maanden of langer?**

- Ja
- Nee

B5. Heeft u **op dit moment** gezondheidsklachten die (mogelijk) door het coronavirus komen? Ja
 Nee → GA NAAR VRAAG B9

B6. Hoelang heeft u deze klachten door het coronavirus al? Korter dan 3 maanden → GA NAAR VRAAG B9
 3 tot 12 maanden
 1 tot 3 jaar
 3 jaar of langer

B7. Bent u door deze klachten door het coronavirus beperkt in uw dagelijks leven? Ja, ernstig beperkt
 Ja, wel beperkt maar niet ernstig
 Nee, helemaal niet beperkt

B8. Heeft een arts vastgesteld dat u long covid / post-covid heeft? Ja
 Nee

B9. Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat niet om tijdelijke problemen.

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja, zonder moeite	Ja, met enige moeite	Ja, met grote moeite	Nee, dat kan ik niet
Kunt u een gesprek volgen in een groep van 3 of meer personen (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u met één andere persoon een gesprek voeren (zo nodig met hoorapparaat)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn uw ogen goed genoeg om de kleine letters in de krant te kunnen lezen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u op een afstand van 4 meter het gezicht van iemand herkennen (zo nodig met bril of contactlenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een voorwerp van 5 kg (bijvoorbeeld een volle boodschappentas) 10 meter dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u als u staat, bukken en iets van de grond oppakken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u 400 meter aan een stuk lopen, zonder stil te staan (zo nodig met stok of rollator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. VALLEN

C1. Bent u bezorgd om te vallen? Ja
 Nee

C2. Bent u in de laatste 12 maanden gevallen? Ja, 1 keer
 Ja, 2 keer of vaker
 Nee → GA NAAR VRAAG D1

C3. Bent u in de laatste 12 maanden gewond geraakt bij een val?
Zoals een open wond, kneuzing, verstuiking of botbreuk. Ja
 Nee

C4. Waar bent u de laatste keer gevallen?

- In huis
 Rondom het huis
 Ergens anders
 Weet ik niet meer

D. WELBEVINDEN

D1. De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

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

D2. Heeft u in de laatste 4 weken last gehad van stress? *Bijvoorbeeld door werk, studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken, sociale media.*

- Nee, (bijna) niet → GA NAAR VRAAG D4
 Ja, een beetje stress
 Ja, veel stress
 Ja, heel veel stress

D3. Op welke gebiedenervaarde u deze stress?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- Werk
 Studie
 Relatie
 Familie of vrienden
 Opvoeding / kinderen
 Wonen
 Gezondheid
 Mantelzorg
 Geldzaken
 Sociale media
 Anders

D4. De volgende uitspraken gaan over hoe u zich voelde in de laatste 4 weken.

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

Geef op iedere regel uw antwoord.	Zelden	Soms	Af en toe	Regelmatig	Meestal	Bijna altijd	Altijd
Ik kan heel goed omgaan met tegenslagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan heel goed oplossingen vinden in moeilijke situaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na een moeilijke periode ben ik snel weer de oude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Door mijn ervaring voel ik mij sterker in moeilijke tijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elke ervaring in het leven maakt mij sterker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. Kunt u voor elk van onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens, niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wat er in de toekomst met me gebeurt hangt voor het grootste deel van mezelf af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan ongeveer alles als ik m'n zinnen erop gezet heb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. SOCIALE CONTACTEN

E1. Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?

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

De volgende vragen gaan over uw sociale contacten. Hiermee bedoelen we familieleden, vrienden, kennissen of buren, maar niet hulpverleners.

E2. Wilt u voor elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die de laatste tijd op u van toepassing is?

<i>Geef op iedere regel uw antwoord.</i>	Ja	Min of meer	Nee
Ik heb mensen om me heen die me willen helpen, die bijvoorbeeld klusjes voor me willen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb iemand met wie ik goed kan praten over persoonlijke problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga voor de gezelligheid bij familie, vrienden, kennissen of buren langs, of ze komen bij mij thuis langs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. LENGTE EN GEWICHT

F1. Hoe lang bent u? (zonder schoenen)

--	--	--

 centimeter

F2. Hoeveel weegt u zonder kleren? (afroonden op hele kilo's)

--	--	--

 kilo

G. ROKEN EN ALCOHOL

G1. Rookt u weleens?

Het gaat om alle soorten tabaksproducten. Vapes of e-sigaretten tellen niet mee. Ook het verhitten van tabak of heatsticks telt niet mee.

- Ja
 Nee

G2. Gebruikt u weleens een vape of e-sigaret?

- Ja
 Nee

G3. Heeft u in de laatste 12 maanden weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails? *Dranken met weinig alcohol tellen wel mee. Dranken zonder alcohol (0,0%) tellen niet mee.*

- Ja → GA NAAR VRAAG G5
 Nee

G4. Heeft u ooit alcohol gedronken?

- Ja → GA NAAR VRAAG H1
 Nee → GA NAAR VRAAG H1

G5. Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?

- 4 dagen
 3 dagen
 2 dagen
 1 dag
 Minder dan 1 dag
 Ik drink nooit doordeweeks
→ GA NAAR VRAAG G7

G6. Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 16 of meer glazen | <input type="checkbox"/> 4 glazen |
| <input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen | <input type="checkbox"/> 3 glazen |
| <input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen | <input type="checkbox"/> 2 glazen |
| <input type="checkbox"/> 6 glazen | <input type="checkbox"/> 1 glas |
| <input type="checkbox"/> 5 glazen | |

G7. Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcohol?

- 3 dagen
 2 dagen
 1 dag
 Minder dan 1 dag
 Ik drink nooit in het weekend
→ GA NAAR VRAAG G9

G8. **Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?**

<input type="checkbox"/> 16 of meer glazen	<input type="checkbox"/> 4 glazen
<input type="checkbox"/> 11 - 15 glazen	<input type="checkbox"/> 3 glazen
<input type="checkbox"/> 7 - 10 glazen	<input type="checkbox"/> 2 glazen
<input type="checkbox"/> 6 glazen	<input type="checkbox"/> 1 glas
<input type="checkbox"/> 5 glazen	

G9. **Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden 4 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?**

<input type="checkbox"/> Meer dan 1 keer per week
<input type="checkbox"/> 1 keer per week
<input type="checkbox"/> 1 - 3 keer per maand
<input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand
<input type="checkbox"/> Nooit → GA NAAR VRAAG H1

G10. **Hoe vaak heeft u in de laatste 6 maanden 6 of meer glazen alcohol op één dag gedronken?**

<input type="checkbox"/> Meer dan 1 keer per week
<input type="checkbox"/> 1 keer per week
<input type="checkbox"/> 1 - 3 keer per maand
<input type="checkbox"/> Minder dan 1 keer per maand
<input type="checkbox"/> Nooit

H. BEWEGEN

De volgende vragen gaan over bewegen. Elke vraag gaat over een andere activiteit. Denk bij de vragen aan een normale week in de laatste maanden.

H1. **Woon-werkverkeer**
Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.

Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u lopend naar uw werk of school? <input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u op de fiets naar uw werk of school? <input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

H2. **Lichamelijke activiteit op werk of school**
Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.

Aantal uren per week	
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan zittend of staand werk, zoals werk op een kantoor waarbij u soms loopt en af en toe iets moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur
Hoeveel uur gemiddeld per week doet u <u>zwaar</u> inspannend werk op uw werk of school? <i>Denk aan werk waarbij u veel moet lopen of werk waarbij u vaak zware dingen moet tillen.</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> uur

H3. Huishoudelijke activiteiten <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week doet u <u>licht of matig</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan koken, strijken, stofzuigen of opruimen.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week doet u <u>zwaar</u> inspannend huishoudelijk werk? <i>Denk aan zware boodschappen de trap op tillen, meubels verplaatsen of op uw knieën de vloer schoonmaken.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
H4. Vrije tijd <i>Als u een activiteit niet heeft gedaan, vul dan een '0' in.</i>	Aantal dagen per week	Hoeveel tijd bent u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig?
Hoeveel dagen per week gaat u wandelen? <i>Lopen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week gaat u fietsen? <i>Fietsen naar het werk of school telt <u>niet</u> mee.</i>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week werkt u in de tuin?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
Hoeveel dagen per week klust u in uw vrije tijd?	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
H5. Sport <i>Welke sporten doet u? Denk aan fitness / conditietraining, tennis, hardlopen, of voetbal. U kunt 4 sporten opgeven. Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.</i>	Hoeveel dagen per week doet u aan deze sport?	Hoeveel tijd doet u gemiddeld op zo'n dag aan deze sport?
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> minuten

I. MENTALE GEZONDHEID

I1. De volgende vragen gaan over hoe u zich in de **laatste 4 weken** heeft gevoeld. Geef het antwoord dat het beste aansluit bij hoe u zich heeft gevoeld.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Voortdurend	Meestal	Vaak	Soms	Zelden	Nooit
Voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J. MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

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

J1. Geeft u mantelzorg?

Ja

Nee → GA NAAR VRAAG J5

J2. Hoeveel uur mantelzorg geeft u gemiddeld per week, reistijd meegerekend? Afronden op hele uren.

Gemiddeld uur per week

J2. Hoelang geeft u al mantelzorg?

Korter dan drie maanden

Drie maanden of langer

J3. Sommige mensen voelen zich erg belast door de verzorging van een ander. Zij vinden de zorg zwaar en moeilijk vol te houden. Voor andere mensen geldt dat minder. Hoe belast voelt u zich door het geven van mantelzorg?

Niet of bijna niet belast

Een beetje belast

Redelijk zwaar belast

Erg zwaar belast

Overbelast

J4. Doet u vrijwilligerswerk?

We bedoelen werk dat onbetaald wordt uitgevoerd bij een (sport)vereniging, kerk, school of andere organisatie.

Ja

Nee

K. NARE GEDACHTEN

K1. Heeft u er in de **laatste 12 maanden** weleens serieus over gedacht om een eind te maken aan uw leven?

Nooit

Een enkele keer

Af en toe

Vaak

Heel vaak

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

L. GELUIDHINDER

- L1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geluid** van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent? Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

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

M. SLAAPVERSTORING

- M1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate **geluid** van de onderstaande bronnen uw slaap verstoort wanneer u thuis bent? Als een geluid bij u thuis niet hoorbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

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

N. GEURHINDER

N1. Denk bij deze vraag aan de **laatste 12 maanden**. Welk getal van 0 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geur van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent? Als u een geur bij u thuis niet ruikt, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Ik ben helemaal niet gehinderd							Ik ben extreem gehinderd			Ruik ik niet
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Open haard / allesbrander / andere houtkachel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vuurkorf / barbecue / terrashaard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riolering / waterzuivering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landbouw / veeteelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere bedrijven / industrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wegverkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O. WONING EN WOONOMGEVING

O1. Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?

Geef een rapportcijfer van 1 tot 10, 1 = zeer ontevreden, 10 = zeer tevreden.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Zeer ontevreden					Zeer tevreden				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Woonomgeving	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Groen in uw buurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O2. Kunt u tijdens een lange periode van warm weer verkoeling vinden binnen en buiten uw woning? Geef een rapportcijfer van 1 tot 10, 1 = vrijwel onmogelijk, 10 = heel goed mogelijk.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Vrijwel onmogelijk					Heel goed mogelijk				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Binnen in uw woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buiten (balkon / tuin / buurt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P. WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

- P1. **Welke situatie is op u van toepassing?** *Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*
- Ik heb betaald werk, 1-19 uur per week
 - Ik heb betaald werk, 20 uur of meer per week
 - Ik ben met pensioen (*AOW, prepensioen*)
 - Ik ben werkloos / werkzoekend (*geregistreerd bij het UWV*)
 - Ik ben arbeidsongeschikt (*WAO, WAZ, WIA, Wajong*)
 - Ik heb een bijstandsuitkering
 - Ik ben huisvrouw / huisman
 - Ik volg onderwijs / ik studeer
-
- P2. **Heeft u de laatste 12 maanden moeite gehad om van het inkomen van uw huishouden rond te komen?**
- Nee, geen enkele moeite
 - Nee, geen moeite, maar ik moet wel opletten op mijn uitgaven
 - Ja, enige moeite
 - Ja, grote moeite

Q. TOT SLOT

Wij danken u hartelijk voor uw medewerking!

Dat waren alle vragen. Heeft u nog aanvullingen of opmerkingen naar aanleiding van deze vragenlijst? Dan kunt u dat hieronder aangeven.

Vult u hier alstublieft niet uw naam, adres of telefoonnummer in.

- > U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvelop (postzegel is niet nodig).
- > Bent u de antwoordenvelop kwijt? Het retouradres voor de vragenlijst is: Ipsos I&O, Antwoordnummer 90275, 3009 VB Rotterdam. Een postzegel is niet nodig.
- > Meer informatie kunt u vinden op de website van de GGD.

Meer informatie over uw gezondheid

Deze vragenlijst over uw gezondheid, leefstijl, welzijn en leefomgeving heeft u misschien aan het denken gezet. Wij helpen u graag verder met betrouwbare informatie:

- Op www.thuisarts.nl vindt u betrouwbare informatie over gezondheid, leefstijl en ziekten
- Doe de test op mijnpositievegezondheid.nl en kijk op welke manieren u uw lichamelijke en mentale gezondheid kunt versterken.
- Op www.ggdappstore.nl vindt u een overzicht van betrouwbare apps en websites waarmee u gelijk zelf aan de slag kunt.
- Op de website van <GGD naam (website)> staat informatie over gezondheid.
- Voor mogelijkheden en ondersteuning bij u in de buurt kijkt u op de website van uw gemeente.
- Maakt u zich zorgen over uw gezondheid, neem dan contact op met uw huisarts.