



GGD

Rotterdam-Rijnmond

# Hoe gaat het met u?



## Gezondheidsmonitor volwassenen 2016



# Fijn dat u wilt meewerken aan dit onderzoek.

Het is belangrijk dat de persoon die op de brief vermeld staat de vragenlijst invult.

Er zijn geen 'goede' of 'foute' antwoorden. Geef het antwoord dat het beste bij u past.

Uw antwoorden worden vertrouwelijk behandeld. Uw naam en adres worden niet gekoppeld aan uw antwoorden. De adresgegevens worden alleen gebruikt voor het versturen van de uitnodiging en direct na afloop van het onderzoek verwijderd.

## Invullen via Internet

- De vragenlijst vindt u op **[www.startvragenlijst.nl/rotterdam](http://www.startvragenlijst.nl/rotterdam)**
- Gebruik de adresbalk boven in uw scherm. Intikken in Google of een andere zoekmachine werkt niet.
- Vul uw persoonlijke inlogcode in. Deze staat vermeld in de brief.

## Invullen op papier

- Gebruik een *zwarte* of *blauwe* balpen.
- Zet in het hokje van uw keuze een kruisje: ☒
- Als u een antwoord verkeerd invult, maak dan het foute hokje helemaal zwart en zet een kruisje in het goede hokje.

### Rotterdam ligt in Nederland

☒ **waar** → U heeft nu 'waar' ingevuld

☐ **niet waar**

- Bij invullen van getallen of tekst graag binnen de hokjes schrijven. Vul één cijfer per vakje in.
- Wanneer u meer dan één antwoord mag aankruisen, staat dit bij de vraag.
- Het kan zijn dat u bepaalde vragen niet hoeft in te vullen. Er staat dan aangegeven naar welke vraag u moet gaan ( → GA NAAR VRAAG 100 ).
- Stuur de vragenlijst terug in bijgevoegde antwoordenvolp. Een postzegel is niet nodig.

## Heeft u vragen?

Mail of bel ons!

E-mail: [helpdesk@ioresearch.nl](mailto:helpdesk@ioresearch.nl)

Telefoon: 0800 - 40 50 602 (tijdens kantooruren)

De GGD wordt in de uitvoering van het onderzoek ondersteund door I&O Research.



## ALGEMEEN

A1 Wat is uw geslacht?

- ☐ Man  
☐ Vrouw

A2 Wat is uw geboortjaar?

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| 1 | 9 |  |  |
|---|---|--|--|

A3 Wat is uw burgerlijke staat?

- ☐ Gehuwd / geregistreerd partnerschap  
☐ Samenwonend  
☐ Ongehuwd, nooit gehuwd geweest  
☐ Gescheiden, gescheiden levend  
☐ Weduwe, weduwnaar

A4 Met welke personen woont u momenteel samen?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Met een partner / echtgenoot of echtgenote  
☐ Met kind(eren) jonger dan 18 jaar  
☐ Met kind(eren) van 18 jaar of ouder  
☐ Met mijn ouder(s)  
☐ Met een andere volwassene / andere volwassenen  
☐ Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie  
☐ Ik woon alleen



## UW GEZONDHEID

B1 Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Is deze:

- ☐ 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 In welke mate bent u vanwege problemen met uw gezondheid sinds 6 maanden of langer beperkt in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?

- ☐ Ernstig beperkt  
☐ Wel beperkt, maar niet ernstig  
☐ Helemaal niet beperkt

**B4 Bij de volgende vragen gaat het erom wat u normaal kunt doen. Het gaat niet om tijdelijke problemen van voorbijgaande aard.**

Geef op iedere regel uw antwoord.

|   | 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)?                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



## WELBEVINDEN

**C1 De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.**

Geef op iedere regel het antwoord aan dat het beste omschrijft hoe vaak u dit gevoel heeft.

|   | 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"/> |

**C2 Kunt u voor elk van onderstaande stellingen aangeven in hoeverre u het ermee eens bent?**

Geef op iedere regel uw antwoord.

|  | Helemaal<br>mee eens     | Mee eens                 | Niet mee<br>eens, niet<br>mee oneens | Niet mee<br>eens         | Helemaal<br>niet mee<br>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"/>     |

**C3 Hoe gelukkig bent u, alles bijeen genomen?**

- ☐ Heel gelukkig  
☐ Tamelijk gelukkig  
☐ Niet zo gelukkig  
☐ Helemaal niet gelukkig  
☐ Weet niet



## LENGTE EN GEWICHT

**D1 Hoe lang bent u (zonder schoenen)?**

  

centimeter

**D2 Hoeveel kilo weegt u zonder kleren?**

Afronden op hele kilo's.

Indien u zwanger bent, hier graag uw gewicht van vóór de zwangerschap invullen.

  

kilogram



## ROKEN

**E1 Rookt u weleens?**

We bedoelen hier het roken van alle soorten tabaksproducten, maar niet het gebruik van een elektronische sigaret.

- ☐ Ja → GA NAAR VRAAG E3  
☐ Nee

**E2 Heeft u vroeger wel gerookt?**

- ☐ Ja  
☐ Nee

**E3 Hoe vaak is in de afgelopen 12 maanden in uw woning gerookt door uzelf of uw huisgenoten?**

- ☐ (Bijna) elke dag  
☐ Een paar keer per maand  
☐ Minder dan één keer per maand  
☐ Nooit



## ALCOHOL

**F1 Wilt u aangeven welke soorten alcoholhoudende drank u in de afgelopen 12 maanden weleens heeft gedronken?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Bier (geen alcoholvrij / malt bier)
- ☐ Licht alcoholische dranken (bijv. alcoholarm bier zoals Radler 2,0%)
- ☐ Wijn, sherry, port, vermouth of cider (zoals Jilz 5,0%)
- ☐ Likeur, advocaat, bessenjenever, citroenjenever
- ☐ Jenever, brandewijn, vieux, rum, cognac, ouzo, raki, whisky, wodka of ander gedestilleerd
- ☐ Alcoholhoudende drank gemengd met frisdrank of met vruchtensap, breezers of shooters
- ☐ Een ander drankje met alcohol
- ☐ Ik dronk vroeger wel, maar ik heb de afgelopen 12 maanden geen alcoholhoudende dranken gedronken → GA NAAR VRAAG G1
- ☐ Ik heb nooit alcoholhoudende dranken gedronken → GA NAAR VRAAG G1

**F2 Op hoeveel van de 4 door-de-weekse dagen (hiermee wordt bedoeld maandag t/m donderdag) drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank?**

- ☐ 4 dagen
- ☐ 3 dagen
- ☐ 2 dagen
- ☐ 1 dag
- ☐ Minder dan 1 dag
- ☐ Ik drink nooit op door-de-weekse dagen → GA NAAR VRAAG F4

**F3 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?**

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

**F4 Op hoeveel van de 3 weekend-dagen (hiermee wordt bedoeld vrijdag t/m zondag) drinkt u gemiddeld genomen alcoholhoudende drank?**

- ☐ 3 dagen
- ☐ 2 dagen
- ☐ 1 dag
- ☐ Minder dan 1 dag
- ☐ Ik drink nooit in het weekend → GA NAAR VRAAG F6

**F5 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?**

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

**F6** Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcoholhoudende drank op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag  
☐ 5-6 keer per week  
☐ 3-4 keer per week  
☐ 1-2 keer per week  
☐ 1-3 keer per maand  
☐ 3-5 keer per 6 maanden  
☐ 1-2 keer per 6 maanden  
☐ Nooit → GA NAAR VRAAG G1

**F7** Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcoholhoudende drank op één dag gedronken?

- ☐ Elke dag  
☐ 5-6 keer per week  
☐ 3-4 keer per week  
☐ 1-2 keer per week  
☐ 1-3 keer per maand  
☐ 3-5 keer per 6 maanden  
☐ 1-2 keer per 6 maanden  
☐ Nooit



## DRUGS

**G1** Heeft u de volgende middelen weleens gebruikt?

Geef op iedere regel uw antwoord.

|  | Ja, in de afgelopen 4 weken | Ja, in de afgelopen 12 maanden, maar niet in de afgelopen 4 weken | Ja, langer dan 12 maanden geleden | Nee, nooit gebruikt      |
|--|-----------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Cannabis (hasj, marihuana of wiet)                         | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Amfetamine (pep, speed, e.d.)                              | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| XTC (ecstasy, MDMA)  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| LSD  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Truffels (sclerotia, tripknollen)                          | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Paddo's (hallucinogene paddenstoeltjes of magic mushrooms) | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Cocaïne (ook crack / gekookte coke / freebase)             | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Heroïne (horse, smack of bruin)                            | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| GHB  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Ketamine   | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Lachgas  | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| Andere drugs, namelijk                                     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> |
| <div></div>  |                             |   |                                   |                          |



## VOEDING

### H1 Hoeveel dagen per week ontbijt u?

*Drinkontbijt, ontbijtreep, muesli en dergelijke telt ook als ontbijt.*

- ☐ Minder dan 1 dag per week
- ☐ 1 dag per week
- ☐ 2 dagen per week
- ☐ 3 dagen per week
- ☐ 4 dagen per week
- ☐ 5 dagen per week
- ☐ 6 dagen per week
- ☐ 7 dagen per week

### H2 Hoeveel dagen per week drinkt u één of meer glazen water?

- ☐ Minder dan 1 dag per week
- ☐ 1 dag per week
- ☐ 2 dagen per week
- ☐ 3 dagen per week
- ☐ 4 dagen per week
- ☐ 5 dagen per week
- ☐ 6 dagen per week
- ☐ 7 dagen per week



## BEWEGEN

Neem in uw gedachten een normale week in de afgelopen maanden. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte en hoeveel tijd u daar gemiddeld op zo'n dag mee bezig was?

### I1 Woon / werkverkeer (heen en terug)

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

**Aantal dagen  
per week**

**Gemiddelde tijd per dag**

|                                   |                      |                          |   |
|-----------------------------------|----------------------|--------------------------|---|
| Lopen van / naar werk of school   | <input type="text"/> | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| Fietsen van / naar werk of school | <input type="text"/> | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |

### I2 Lichamelijke activiteit op werk of school

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

**Aantal uren per week**

|  |   |
|--|---|
| Licht en matig inspannend werk (zittend / staand werk met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten). | <input type="text"/> <input type="text"/> uur |
| Zwaar inspannend werk (lopend werk of werk waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild).                            | <input type="text"/> <input type="text"/> uur |

### I3 Huishoudelijke activiteiten

*Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.*

**Aantal dagen  
per week**

**Gemiddelde tijd per dag**

|  |                      |                          |   |
|--|----------------------|--------------------------|---|
| Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven / in bad doen en lopend werk zoals stofzuigen, boodschappen doen). | <input type="text"/> | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).  | <input type="text"/> | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |



**I4 Vrije tijd**

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

|                          | Aantal dagen<br>per week | Gemiddelde tijd per dag  |                      |                              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------|
| Wandelen                 | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| Fietsen                  | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| Tuinieren                | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| Klussen / doe-het-zelven | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |

**I5 Sport**

Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness / conditietraining, tennis, trimmen / joggen, voetbal.  
Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.

|                      | Aantal dagen<br>per week | Gemiddelde tijd per dag  |                      |                              |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/> uur | <input type="text"/> | <input type="text"/> minuten |

**I6 Vindt u dat u voldoende beweegt?**

- ☐ Ja, zeker  
☐ Ja, meestal wel  
☐ Nee

**GEHOORSCHADE****J1 Heeft u weleens last van uw gehoor nadat u muziek hebt geluisterd met oordopjes of een koptelefoon of als u op een plek met harde muziek bent (geweest)?**

Bijvoorbeeld een piep in uw oren, een doof gevoel, minder goed kunnen horen.

- ☐ Ja, vaak  
☐ Ja, soms  
☐ Nee, nooit

**J2 Hebt u in de afgelopen maand voortdurend last van uw gehoor gehad?**

- ☐ Nee  
☐ Ja, maar ik ben hiervoor niet bij een arts geweest  
☐ Ja, ik ben hiervoor bij een arts geweest



## SOCIALE CONTACTEN EN STEUN

**K1 Wilt u van elk van de volgende uitspraken aangeven in hoeverre die op u, zoals u de laatste tijd bent, van toepassing is?**

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

|  | 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"/> |

**K2 Wat is op u van toepassing?**

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

|  | Ja                       | Nee                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ik heb mensen om me heen die me willen helpen, die karweitjes voor me willen doen                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ik mis iemand met wie ik goed kan praten over persoonlijke problemen                                       | <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"/> |

**K3 Hoe vaak heeft u contact met buren of mensen die in uw straat wonen?**

- ☐ Minstens 1 keer in de week
- ☐ 3 keer per maand
- ☐ 2 keer per maand
- ☐ 1 keer per maand
- ☐ Minder dan 1 keer per maand
- ☐ Zelden of nooit



## CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

**L1 Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven 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 |
|--|--------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Diabetes (suikerziekte)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| (De gevolgen van) een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Hartritmestoornis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| (De gevolgen van) een hartinfarct of een andere ernstige hartaandoening (zoals hartfalen of angina pectoris) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Hoge bloeddruk   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Astma  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| COPD (chronische bronchitis, longemfyseem)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Andere ernstige of hardnekkige aandoening van de nek, schouder, elleboog, pols of hand                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Botontkalking (osteoporose)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Ziekte van het zenuwstelsel (Parkinson, MS, epilepsie)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Depressie  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Overspannenheid, burn-out  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Angststoornis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |
| Andere langdurige ziekte of aandoening, namelijk<br><div></div>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>  |

**L2 In welke mate wordt u door bovenstaande aandoening(en) belemmerd bij het uitvoeren van dagelijkse bezigheden thuis, op school, in uw werk, of in uw vrijetijdsbesteding?**

- ☐ Sterk belemmerd  
☐ Licht belemmerd  
☐ Niet belemmerd  
☐ Niet van toepassing, ik heb in de afgelopen 12 maanden geen van bovenstaande aandoeningen gehad

**L3 Heeft u of iemand in uw huishouding de afgelopen 12 maanden een medische behandeling of tandheelkundige behandeling nodig gehad, maar deze niet ontvangen?**

- ☐ Ja  
☐ Nee



## MANTELZORG

Mantelzorg is de zorg die u geeft aan of ontvangt van een bekende uit uw omgeving, zoals uw partner, ouders, kind, buren of vrienden, als deze persoon voor langere tijd ziek, hulpbehoevend of gehandicapt is. 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

**M1 Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG M6

**M2 Geeft u deze mantelzorg nu nog?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG M6

**M3 Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, reistijd meegerekend?**

*Afronden op hele uren.*

Gemiddeld aantal uur per week

**M4 Hoe lang geeft u al mantelzorg?**

- ☐ Kortere dan drie maanden  
☐ Drie maanden of langer

**M5 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. Alles bij elkaar genomen, hoe belast voelt u zich momenteel?**

- ☐ Niet of nauwelijks belast  
☐ Enigszins belast  
☐ Tamelijk zwaar belast  
☐ Zeer zwaar belast  
☐ Overbelast

**M6 Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gekregen?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG N1

**M7 Krijgt u deze mantelzorg nu nog?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG N1

**M8 Hoeveel uur mantelzorg krijgt u momenteel gemiddeld per week?**

*Afronden op hele uren.*

Gemiddeld aantal uur per week



## VEILIG THUIS

De volgende vragen gaan over huiselijk geweld.

Huiselijk geweld is geweld dat door iemand uit de huiselijke kring wordt gepleegd (gezinsleden, familieleden, (ex-)partners, huisvrienden). Slachtoffers en daders van geweld kunnen zowel vrouwen, kinderen als mannen zijn. Het kan gaan om:

- Psychisch of emotioneel geweld (zoals getreiterd, gekleineerd of uitgescholden worden)
- Lichamelijk geweld (zoals mishandeld, geschopt of geslagen)
- Ongewenste seksuele toenadering (zoals seksueel getinte opmerkingen, ongewenst aangeraakt)
- Seksueel misbruik (zoals aangerand of verkracht).

**N1 Bent u ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld?**

- ☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O1

**N2 Om welke vorm van huiselijk geweld ging het?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Psychisch of emotioneel geweld  
☐ Lichamelijk geweld  
☐ Ongewenste seksuele toenadering  
☐ Seksueel misbruik

**N3 Wie was of waren de dader(s)?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Mijn partner  
☐ Mijn ex-partner  
☐ Mijn (stief)kind  
☐ Mijn (stief)ouder(s)  
☐ Een ander familielid  
☐ Iemand anders

**N4 Hoe lang is het geleden dat u slachtoffer was van huiselijk geweld?**

- ☐ 1 jaar geleden of korter  
☐ Tussen 1 en 5 jaar geleden  
☐ Langer dan 5 jaar geleden

**N5 Heeft u het huiselijk geweld met iemand besproken of om hulp gevraagd bij een instantie?**

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Nee, ik heb geen hulp gezocht  
☐ Ja, bij de politie  
☐ Ja, bij vrienden / familie / kennissen  
☐ Ja, bij Veilig Thuis Rotterdam-Rijnmond  
☐ Ja, bij mijn huisarts  
☐ Ja, anders namelijk



## WONEN EN WOONOMGEVING

- O1 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 t/m 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<br>niet gehinderd |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Ik ben extreem<br>gehinderd |                          |                          |                          | Niet<br>hoorbaar |
|--|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|  | 0                                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                           | 9                        | 10                       |                          |                  |
| Verkeer op wegen waar<br>je harder mag dan<br>50 km/uur      | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Verkeer op wegen waar<br>je niet harder mag dan<br>50 km/uur | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Treinverkeer   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Vliegverkeer   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Tram / metro   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Brommers / scooters  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Buren  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Bedrijven / industrie  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Windturbines,<br>windmolens                                  | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

- O2 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 t/m 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen uw slaap verstoort?**

*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<br>niet verstoord |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Mijn slaap is<br>extreem verstoord |                          |                          |                          | Niet<br>hoorbaar |
|--|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|  | 0  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                                  | 9                        | 10                       |                          |                  |
| Verkeer op wegen waar<br>je harder mag dan<br>50 km/uur      | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Verkeer op wegen waar<br>je niet harder mag dan<br>50 km/uur | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Treinverkeer   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Vliegverkeer   | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Buren  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Bedrijven / industrie  | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

**O3 Denk bij deze vraag aan de afgelopen 12 maanden. Welk getal van 0 t/m 10 geeft het beste aan in welke mate geur van de onderstaande bronnen u hindert, stoort of ergert wanneer u thuis bent?**

*Als een geur bij u thuis niet ruikbaar is, kunt u dit in de laatste kolom aangeven.*

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

|                                      | Ik ben helemaal<br>niet gehinderd |                          |                          |                          | ↔                        |                          |                          |                          | Ik ben extreem<br>gehinderd |                          |                          |                          | Niet<br>ruikbaar |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
|                                      | 0                                 | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                           | 9                        | 10                       |                          |                  |
| Riolering / zuivering                | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Openhaard / allesbrander             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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- en<br>veeteeltactiviteiten | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <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 /<br>industrie      | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |
| Vliegverkeer                         | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                  |

De volgende vragen gaan over uw woonsituatie en uw bezorgdheid hierover. Wilt u met ja of nee aangeven of deze situatie op u van toepassing is?

**O4 Ik woon in een drukke straat**

☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O6

**O5 Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?**

☐ Ja  
☐ Nee

**O6 Ik woon in de buurt van een vliegveld**

☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O8

**O7 Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?**

☐ Ja  
☐ Nee

**O8 Ik woon in de buurt van zendmasten voor radio en TV of bij antennes voor mobiele telefoons**

☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O10

**O9 Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?**

☐ Ja  
☐ Nee

**O10 Ik woon in de buurt van hoogspanningslijnen**

☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O12

**O11 Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?**

☐ Ja  
☐ Nee

**O12 Ik woon in de buurt van 1 of meer windturbines (moderne windmolens)?**

☐ Ja  
☐ Nee → GA NAAR VRAAG O14

**O13 Bent u hierdoor bezorgd over uw gezondheid?**

☐ Ja  
☐ Nee

**O14 Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?**

Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.

|              | Ze <sup>er</sup> onte <sup>vre</sup> den |                          |                          |                          |                          |                          | Ze <sup>er</sup> te <sup>vre</sup> den |                          |                          |                          |
|--------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|              | 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"/> |

**O15 Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?**

Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.

|                             | 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, in uw tuin of 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"/> |



## GROEN IN UW BUURT

Met groen bedoelen we groengebieden in uw buurt, zoals parken, plantsoenen, grasstroken, groenstroken, of speelplaatsen.

**P1 Welk cijfer geeft u aan het groen in uw buurt?**

|                   | Heel slecht              |                          |                          |                          |                          |                          | Heel goed                |                          |                          |                          |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        | 8                        | 9                        | 10                       |
| 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"/> |

**Wat geldt voor u?**

**P2 Ik vind dat er voldoende groen in mijn buurt is**

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Niet eens, niet oneens
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens

**P3 Ik vind het belangrijk dat er groen in mijn buurt is**

- ☐ Helemaal oneens
- ☐ Oneens
- ☐ Niet eens, niet oneens
- ☐ Eens
- ☐ Helemaal eens





## UW KIJK OP HET LEVEN

**Q1** Heeft u zich in de afgelopen 12 maanden gediscrimineerd gevoeld?

- ☐ Nee, nooit → GA NAAR VRAAG Q3  
☐ Ja, soms  
☐ Ja, vaak

**Q2** Voelde u zich gediscrimineerd vanwege uw:  
*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Leeftijd  
☐ Geslacht  
☐ Seksuele voorkeur  
☐ Geloof  
☐ Huidskleur  
☐ Culturele / etnische achtergrond  
☐ Handicap of chronische ziekte  
☐ Anders

**Wat geldt voor u?**

**Q3** Ik geef geld aan goede doelen

- ☐ Ja  
☐ Nee

**Q4** Ik doe af en toe iets voor de burens

- ☐ Ja  
☐ Nee

**Q5** Ik breng glas naar de glasbak

- ☐ Ja, altijd  
☐ Ja, soms  
☐ Nee, nooit

**In hoeverre bent u het eens met de volgende stellingen?**

**Q6** Werken is slechts een manier om geld te verdienen

- ☐ Helemaal oneens  
☐ Oneens  
☐ Niet eens, niet oneens  
☐ Eens  
☐ Helemaal eens



**Q7** De mensen in mijn buurt kunnen in het algemeen slecht met elkaar opschieten

- ☐ Helemaal oneens  
☐ Oneens  
☐ Niet eens, niet oneens  
☐ Eens  
☐ Helemaal eens



**Q8** Bent u van plan binnenkort uw leefstijl aan te passen? Zo ja, wat wilt u veranderen?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Minder alcohol drinken  
☐ Stoppen met roken  
☐ Meer bewegen / sporten  
☐ Gezonder eten  
☐ Gewicht verliezen / afvallen  
☐ Persoonlijke problemen oplossen  
☐ Meer met andere mensen omgaan  
☐ Rustiger aan doen  
☐ Iets anders  
☐ Niets



## OPLEIDING, WERK EN FINANCIËLE SITUATIE

### R1 Wat is uw hoogst voltooide opleiding?

*Een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift.*

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)
- ☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- ☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals ambachtsschool, huishoudschool, lts, leao, lhno, vmbo-b/k)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals (m)ulo, mavo, vmbo-g/t, mbo-kort, mbo-1)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals vakopleidingen bakker of kapper, mbo-lang, mts, uts, meao, bol, bbl, inas, 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)

### R2 Welke situatie is op u van toepassing?

*Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.*

- ☐ Ik werk, betaald, 32 uur of meer per week
- ☐ Ik werk, betaald, 20 uur of meer maar minder dan 32 uur per week
- ☐ Ik werk, betaald, 12 uur of meer maar minder dan 20 uur per week
- ☐ Ik werk, betaald, 1 uur of meer maar minder dan 12 uur per week
- ☐ Ik ben (vervroegd) met pensioen (AOW, VUT, FPU)
- ☐ Ik ben werkloos / werkzoekend (geregistreerd bij het UWV WERKbedrijf)
- ☐ Ik ben arbeidsongeschikt (WAO, WAZ, WIA, Wajong)
- ☐ Ik heb een bijstandsuitkering
- ☐ Ik ben huisvrouw / huisman
- ☐ Ik volg onderwijs / ik studeer

### R3 Doet u vrijwilligerswerk?

*Werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.*

- ☐ Ja
- ☐ Nee

### R4 Heeft u de afgelopen 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 letten op mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite

### R5 Kunt u zelf uw financiële zaken afhandelen?

*Denk hierbij aan het betalen van rekeningen of het regelen van andere bankzaken.*

- ☐ Ja, dat regel ik zelf
- ☐ Ja, dat regel ik met hulp van iemand anders
- ☐ Nee, iemand anders doet dat voor mij
- ☐ Nee, en ik heb niemand die dat voor mij afhandelt

### R6 Heeft uw huishouden meestal voldoende geld om de volgende dingen te doen?

*Geef op iedere regel uw antwoord.*

|  |                             |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| Uw huis goed verwarmen                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Lidmaatschap van een sportclub of vereniging betalen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| Bij vrienden of familieleden op visite gaan          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |



## TOT SLOT

**S1 Tot slot willen wij u vragen of de GGD u mag benaderen voor vervolgonderzoek op deze gezondheidsenquête?**

*Natuurlijk kunt u dan altijd nog besluiten of u wel of niet mee wilt doen.*

- ☐ Ja  
☐ Nee

### BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Stuur de ingevulde vragenlijst terug in de bijgevoegde antwoordenvelop.

**Een postzegel is niet nodig.**

GGD Rotterdam-Rijnmond 17 t/m 64 jaar