

# Hallo, hoe gaat het met ons?



## GGD Gezondheidsmeter 2020

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 best bij u past.



Bij de meeste vragen is het de bedoeling dat u één hokje aankruist. Wanneer u meer antwoorden mag aankruisen, staat dit apart vermeld.

Zet in het hokje van uw keuze een vinkje: ☒

Heeft u een verkeerd antwoord aangekruist? Kleur dan het goede antwoord helemaal in: ■

Voorbeeld:

**Rotterdam ligt in Nederland**

☒ Niet waar

■ **Waar** → U heeft nu 'waar' ingevuld



Vul bij een getal één cijfer per vakje in.

Voorbeeld: Uw geboortjaar is 1964

goed

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

fout

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



Uw antwoord kan worden vertrouwelijk behandeld. Voor meer informatie over privacy kijk op

[www.gezondheidsmeterrijnmond.nl](http://www.gezondheidsmeterrijnmond.nl)



Stuurt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde envelop. Een postzegel is **niet** nodig



Heeft u vragen? Bel de helpdesk via 0800 - 0200 823 (gratis) of mail naar [helpdesk@gezondheidsmeterrijnmond.nl](mailto:helpdesk@gezondheidsmeterrijnmond.nl)

U krijgt dan contact met DESAN/Mediad, het bureau dat de GGD ondersteunt bij dit onderzoek.



## ALGEMEEN

Belangrijk: Om uw antwoorden op de vragenlijst te verwerken hebben wij uw toestemming nodig. Uw gegevens worden alleen voor onderzoek en volgens de privacyverklaring verwerkt. De privacyverklaring vindt u op [www.gezondheidsmeterrijnmond.nl](http://www.gezondheidsmeterrijnmond.nl)

<b>A0</b> Geeft u toestemming? Zet een kruisje.	<input type="checkbox"/> Ja, ik geef toestemming om de antwoorden die ik in deze vragenlijst geef te verwerken voor onderzoek
<b>A1</b> Wat is uw geslacht? <i>Vul het geslacht in dat in uw paspoort of op uw identiteitskaart staat.</i>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
<b>A2</b> Wat is uw geboortejaar?	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>A3</b> Wat is uw burgerlijke staat?	<input type="checkbox"/> Getrouwd / geregistreerd partnerschap <input type="checkbox"/> Samenlevend <input type="checkbox"/> Niet getrouwd, nooit getrouwd geweest <input type="checkbox"/> Gescheiden, gescheiden levend <input type="checkbox"/> Weduwe, weduwnaar
<b>A4</b> Met welke personen woont u <u>momenteel</u> samen? <i>Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.</i>	<input type="checkbox"/> Met een partner / echtgenoot of echtgenote <input type="checkbox"/> Met kind(eren) jonger dan 18 jaar <input type="checkbox"/> Met kind(eren) van 18 jaar of ouder <input type="checkbox"/> Met mijn ouder(s) <input type="checkbox"/> Met een andere volwassene / andere volwassenen <input type="checkbox"/> Ik woon niet samen met een partner, maar heb wel een duurzame relatie <input type="checkbox"/> Ik woon alleen



## UW GEZONDHEID

<b>B1</b> Hoe is over het algemeen uw gezondheid? Is deze:	<input type="checkbox"/> Zeer goed <input type="checkbox"/> Goed <input type="checkbox"/> Gaat wel <input type="checkbox"/> Slecht <input type="checkbox"/> Zeer slecht
<b>B2</b> Hoe gelukkig bent u, alles meegenomen?	<input type="checkbox"/> Heel gelukkig <input type="checkbox"/> Tamelijk gelukkig <input type="checkbox"/> Niet zo gelukkig <input type="checkbox"/> Helemaal niet gelukkig <input type="checkbox"/> Weet niet



## LENGTE EN GEWICHT

<b>C1</b> Hoe lang bent u (zonder schoenen)?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> centimeter
<b>C2</b> Hoe veel kilo weegt u zonder kleren?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kilogram (afroonden op hele kilo's)



## ROKEN

### D1 Rookt u weleens?

We bedoelen hier het roken van alle soorten tabaksproducten, maar niet het gebruik van een elektronische sigaret of een apparaat waarin tabak wordt verhit (heatstick, heat-not-burn), zoals de IQOS.

☐ Ja → **ga naar vraag D3**

☐ Nee

### D2 Heeft u vroeger wel gerookt?

☐ Ja

☐ Nee

### D3 Gebruikt u weleens een elektronische sigaret, ofwel e-sigaret?

Andere benamingen hiervoor zijn e-smoker of shisha-pen.

☐ Ja

☐ Nee



## ALCOHOL

### E1 Heeft u in de afgelopen 12 maanden weleens alcohol gedronken, bijvoorbeeld bier, wijn, sterke drank, mixdrankjes of cocktails?

We bedoelen ook alcoholarm bier, maar niet alcoholvrij bier.

☐ Ja → **ga naar vraag E3**

☐ Nee

### E2 Heeft u ooit alcohol gedronken?

☐ Ja → **ga naar vraag F1**

☐ Nee → **ga naar vraag F1**

### E3 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 op door-de-weekse dagen → **ga naar vraag E5**

### E4 Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n door-de-weekse dag?

☐ 16 of meer glazen

☐ 11 - 15 glazen

☐ 7 - 10 glazen

☐ 6 glazen

☐ 5 glazen

☐ 4 glazen

☐ 3 glazen

☐ 2 glazen

☐ 1 glas

**E5** 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 F1**

**E6** Hoeveel glazen drinkt u dan gemiddeld op zo'n weekend-dag?

- ☐ 16 of meer glazen
- ☐ 11 - 15 glazen
- ☐ 7 - 10 glazen
- ☐ 6 glazen
- ☐ 5 glazen
- ☐ 4 glazen
- ☐ 3 glazen
- ☐ 2 glazen
- ☐ 1 glas

**E7** Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 4 of meer glazen alcohol 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 F1**

**E8** Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden 6 of meer glazen alcohol 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



## 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?

<b>F1 Woon-werkverkeer (heen en terug)</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	<b>Aantal dagen per week</b>	<b>Gemiddelde tijd per dag</b>
Lopen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen van/naar werk of school	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<b>F2 Lichamelijke activiteit op werk of school</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	<b>Aantal uren per week</b>	
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	
<b>F3 Huishoudelijke activiteiten</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	<b>Aantal dagen per week</b>	<b>Gemiddelde tijd per dag</b>
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"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Zwaar inspannend huishoudelijk werk (zoals vloeren schroeven, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen).	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<b>F4 Vrije tijd</b> <i>Als u een activiteit niet heeft verricht, vul dan een 0 in.</i>	<b>Aantal dagen per week</b>	<b>Gemiddelde tijd per dag</b>
Wandelen	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Fietsen	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Tuinieren	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
Klussen/doe-het-zelfen	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<b>F5 Sport</b> <i>Hier maximaal 4 sporten opschrijven bijv. fitness/conditietraining, tennis, hardlopen, voetbal.</i> <i>Als u niet aan sport doet, kunt u de vraag overslaan.</i>	<b>Aantal dagen per week</b>	<b>Gemiddelde tijd per dag</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min
<input type="text"/>	<input type="text"/> dagen	<input type="text"/> <input type="text"/> uur <input type="text"/> <input type="text"/> min



## LICHAMELIJKE GEZONDHEID EN BEPERKING

**G1** Heeft u één of meer langdurige ziekten of aandoeningen?  
*Langdurig is (naar verwachting) 6 maanden of langer.*

☐ Ja  
☐ Nee

**G2** Bent u vanwege 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 G4**

**G3** Duurt deze beperking al een half jaar of langer?

☐ Ja  
☐ Nee

**G4** Heeft u het coronavirus (gehad)?

☐ Ja, dit is bevestigd met een test  
☐ Ik denk het wel, maar ik ben niet getest  
☐ Nee, ik denk het niet → **ga naar vraag G6**

**G5** Hoe ziek voelt of voelde u zich door het coronavirus?

☐ Niet ziek  
☐ Een beetje ziek  
☐ Redelijk ziek  
☐ Ernstig ziek

**G6** 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 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 1 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 100 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"/>

**G7** Hieronder staan een aantal activiteiten. Geef voor iedere activiteit aan of u dit kunt doen?

Als u iets niet doet, geef dan aan of u het lichamelijk wel zou kunnen.

Geef op iedere regel uw antwoord.	Kan ik zonder moeite	Kan ik met moeite	Kan ik niet vanwege mijn gezondheid	Kan ik niet vanwege andere reden
Boodschappen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Warme maaltijd klaarmaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Licht huishoudelijk werk (stof afnemen, afwassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwaar huishoudelijk werk (dweilen, ramen wassen, stofzuigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik maken van eigen vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik maken van openbaar vervoer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## VALONGEVALLEN

**H1** Hoe vaak bent u in de afgelopen 12 maanden gevallen?

- ☐ Nooit
- ☐ Een keer
- ☐ Twee keer
- ☐ Drie of meer keer

[ga naar vraag H3](#)

**H2** Bent u gewond geraakt, toen u de laatste keer viel?  
Zoals een open wond, kneuzing, verstuiking of een  
botbreuk.

- ☐ Ja
- ☐ Nee

**H3** Bent u bang om te vallen?

- ☐ Nooit
- ☐ Bijna nooit
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Erg vaak



## WELBEVINDEN

### I1 De volgende vragen gaan over hoe u zich voelde in de afgelopen 4 weken.

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

	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"/>

### I2 Heeft u in de afgelopen 4 weken last gehad van stress?

Bijvoorbeeld door werk/studie, opvoeding, gezondheid, mantelzorg, geldzaken of social media.

- ☐ Nee (bijna) niet → **ga naar vraag I4**  
☐ Ja, een beetje stress  
☐ Ja, veel stress  
☐ Ja, heel veel stress

### I3 Op welke gebieden ervaart u stress?

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Werk  
☐ Studie  
☐ Relatie  
☐ Familie  
☐ Sociale contacten  
☐ Opvoeding  
☐ Wonen  
☐ Gezondheid  
☐ Mantelzorg  
☐ Geldzaken  
☐ Social media  
☐ Anders



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

Geef op iedere regel uw antwoord.	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"/>

**15 In hoeverre bent u het eens met onderstaande stellingen?**

Geef op iedere regel uw antwoord.	Helemaal mee eens	Mee eens	Niet mee eens / niet mee oneens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
Mijn leven heeft betekenis en doel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ervaar dat de dingen die ik doe belangrijk zijn.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb genoeg energie om al mijn dagelijkse activiteiten te kunnen doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als ik een doel heb, maak ik plannen om dat doel te behalen.	<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"/>



## SOCIALE CONTACTEN EN STEUN

**J1** 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.

☐ ☐ ☐

Ik mis een echt goede vriend of vriendin.

☐ ☐ ☐

Ik ervaar een leegte om mij heen.

☐ ☐ ☐

Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen.

☐ ☐ ☐

Ik mis gezelligheid om mij heen.

☐ ☐ ☐

Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt.

☐ ☐ ☐

Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen.

☐ ☐ ☐

Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel.

☐ ☐ ☐

Ik mis mensen om mij heen.

☐ ☐ ☐

Vaak voel ik me in de steek gelaten.

☐ ☐ ☐

Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht.

☐ ☐ ☐



## MANTELZORG EN VRIJWILLIGERSWERK

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 bijvoorbeeld bestaan uit het huishouden doen, kleding aankleden, gezelschap houden, vervoer, geldzaken regelen, enzovoorts.

- Mantelzorg wordt niet betaald.
- Een vrijwilliger vanuit een vrijwilligerscentrale is geen mantelzorger.

**K1** Heeft u in de afgelopen 12 maanden mantelzorg gegeven?

☐ Ja  
☐ Nee → **ga naar vraag K6**

**K2** Geeft u deze mantelzorg nu nog?

☐ Ja  
☐ Nee → **ga naar vraag K6**

**K3** Hoeveel uur mantelzorg geeft u momenteel gemiddeld per week, tijdstijd meegerekend? Afronden op hele uren.

Gemiddeld    uur per week

**K4** Hoe lang geeft u al mantelzorg?

☐ Kortere dan drie maanden  
☐ Drie maanden of langer

**K5** 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

<b>K6</b>	Heeft u in de <u>afgelopen 12 maanden</u> mantelzorg gekregen?	<input type="checkbox"/> Ja, ik ontvang nu mantelzorg <input type="checkbox"/> Ja, wel in de afgelopen 12 maanden, maar nu niet meer <input type="checkbox"/> Nee → <b>ga naar vraag K8</b>
<b>K7</b>	Zou u zonder mantelzorg zelfstandig kunnen wonen?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, maar dan heb ik wel (meer) persoonlijke hulp of zorg nodig <input type="checkbox"/> Ja
<b>K8</b>	Doet u vrijwilligerswerk? <i>Werk dat in georganiseerd verband (bijvoorbeeld sportvereniging, kerkbestuur, school) onbetaald wordt uitgevoerd.</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee



## CHRONISCHE ZIEKTEN EN AANDOENINGEN

**L1** Wilt u bij de volgende ziekten en aandoeningen aangeven of u deze heeft of niet heeft in de afgelopen 12 maanden heeft gehad?

Geef op iedere regel uw antwoord.

	N	Ja, NIET door arts vastgesteld	Ja, door arts vastgesteld
Diabetes (suikerziekte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct of nog last van de gevolgen hiervan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartritmestoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hartinfarct of een andere ernstige aandoening aan het hart, zoals hartfalen of angina pectoris	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kanker	<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"/>
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"/>
Een andere langdurige ziekte of aandoening naam: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 350px; margin-top: 5px;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ZORG EN HULP THUIS

### M1 Heeft u nu professionele huishoudelijke hulp vanwege gezondheidsproblemen of ouderdom?

Zoals hulp bij het schoonmaken van het huis, de was, de boodschappen of het verzorgen van de warme maaltijd.

- ☐ Ja, ik ontvang voldoende hulp
- ☐ Ja, maar ik heb behoefte aan extra hulp bij het huishouden
- ☐ Nee, ik heb geen behoefte aan hulp
- ☐ Nee, maar ik heb wel behoefte aan hulp bij het huishouden

### M2 Heeft u nu professionele hulp bij uw persoonlijke verzorging?

Zoals hulp bij: douchen, aankleden, naar het toilet gaan, aantrekken van steunkousen.

- ☐ Ja, ik ontvang voldoende hulp
- ☐ Ja, maar ik heb behoefte aan extra hulp bij mijn persoonlijke verzorging
- ☐ Nee, ik heb geen behoefte aan hulp
- ☐ Nee, maar ik heb wel behoefte aan hulp bij mijn persoonlijke verzorging



## VEILIG THUIS

De volgende vragen gaan over nare gebeurtenissen in de thuissituatie. Het gaat om nare gebeurtenissen die u zijn aangedaan door gezinsleden, familieleden, (ex-)partners, huisvrienden, of door personen van wie u thuis afhankelijk bent, zoals een professionele zorgverlener, bijvoorbeeld iemand van de thuiszorg of een arts, of een medisch verzorger.

### N1 Is het in de afgelopen 12 maanden weleens voorgekomen dat iemand in de thuissituatie:

Geef op iedere regel uw antwoord.

	Ja	Nee
u heeft beledigd, getreiterd, gekleineerd of uitgescholden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u heeft geslagen, geschopt, geknepen of u op een andere manier lichamelijk geweld heeft aangedaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u niet wilde helpen met uw persoonlijke verzorging (zoals helpen met wassen of naar het toilet gaan) terwijl die persoon wist dat u hulp nodig had?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u financieel heeft benadeeld (zoals geld wegzit afpakken of iets kopen op uw kosten zonder uw toestemming)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uw vrijheid heeft beperkt of uw privacy heeft geschonden (zoals door het achterhouden van uw post of door u te verbieden het huis uit te gaan of te telefoneren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ongewenste seksuele opmerkingen heeft gemaakt of u heeft aangeast onder dat u dat wilde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## GEZONDE LEEFOMGEVING

- O1** Denk bij deze vraag aan de afgelopen 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"/>	<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"/>	<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, 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"/>	
Scheepvaart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 tot 10 geeft het beste aan in welke mate geluid van de onderstaande bronnen u verstoot 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"/>	<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"/>	<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"/>	

- O3** Wanneer ondervindt u slaapverstoring door geluid van vliegverkeer? Denkt u hierbij aan de afgelopen 12 maanden.

Zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ 06:00-07:00
- ☐ 07:00-08:00
- ☐ 08:00-19:00
- ☐ 19:00-22:00
- ☐ 22:00-23:00
- ☐ 23:00-24:00
- ☐ 24:00-05:00
- ☐ 05:00-06:00
- ☐ Niet van toepassing

<b>04</b>	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van een open haard of houtkachel?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit																																	
<b>05</b>	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van een vuurkorf of BBQ?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit																																	
<b>06</b>	Heeft u thuis weleens last van stof, rook of roet van bedrijven, industrie of scheepvaart?	<input type="checkbox"/> Ja, vaak <input type="checkbox"/> Ja, soms <input type="checkbox"/> Nee, nooit																																	
<b>07</b>	Hoe tevreden bent u met uw woning en woonomgeving?	<div> <div> <b>1</b> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b> <b>6</b> <b>7</b> <b>8</b> <b>9</b> <b>10</b> </div> <div>           Zeer ontevreden ← → Zeer tevreden         </div> </div> <p>Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.</p> <table> <tr> <td>Woning</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Woonomgeving</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>											
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"/>																									
<b>08</b>	Kunt u tijdens aanhoudend warm weer verkoeling vinden in uw woning en in uw tuin of buurt?	<div> <div> <b>2</b> <b>3</b> <b>4</b> <b>5</b> <b>6</b> <b>7</b> <b>8</b> <b>9</b> <b>10</b> </div> <div>           Vrijwel onmogelijk ← → Heel goed mogelijk         </div> </div> <p>Geef dit aan met een getal van 1 t/m 10.</p> <table> <tr> <td>Binnen, in uw woning</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Buiten, in uw tuin of buurt</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Binnen, in andere gebouwen</td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	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"/>	Binnen, in andere gebouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>																									
Binnen, in andere gebouwen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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>09</b>	In hoeverre bent u het eens met de stelling: Ik vind dat er voldoende groen in mijn buurt is (zoals parken, plantsoenen, groenstroken, of speelplaatsen)?	<input type="checkbox"/> Helemaal niet mee eens <input type="checkbox"/> Niet mee eens <input type="checkbox"/> Niet mee eens / niet mee oneens <input type="checkbox"/> Mee eens <input type="checkbox"/> Helemaal mee eens																																	



## VERANDERINGEN DOOR DE CORONACRISIS

De coronacrisis heeft voor sommige mensen weinig invloed op hun leven. Voor anderen is de invloed groter. Bijvoorbeeld door besmetting met het coronavirus. Of door de gevolgen van de maatregelen van de overheid om de verspreiding van het virus tegen te gaan.

### P1 Geef voor de onderstaande onderwerpen aan hoe deze voor u veranderd zijn door de coronacrisis.

Als één van deze onderwerpen niet voor u geldt, omdat u bijvoorbeeld helemaal niet rookt, vul dan 'niet van toepassing' in. Rookt u wel, maar is daar niets in veranderd door de coronacrisis vul dan 'niet veranderd' in.

Geef op iedere regel uw antwoord.

	Beter	Niet veranderd	Slechter	
Algemene gezondheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Financiële situatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Meer	Niet veranderd	Minder	Niet van toepassing
Bewegen / sporten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Roken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol drinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controle over mijn leven hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angstig voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressief voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eenzaam voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress hebben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantelzorg geven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vrijwilligerswerk doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## AANPASSEN LEEFSTIJL

### Q1 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 aandoen
- ☐ Iets anders
- ☐ Niets



**R1** 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, lta, leao, lhno, vmbo-b/k, speciaal- of praktijkonderwijs)
- ☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals (m)ulo, mavo, vmbo, mbo-kort, mbo-1)
- ☐ Middelbaar beroepsonderwijs (zoals vakopleidingen bakker, kapper, mbo-lang, mts, meao, bol, bbl, mbo-2, mbo-3, mbo-4)
- ☐ Hoger algemeen voortgezet of voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals hbs, mms, havo, vwo, atheneum, gymnasium)
- ☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals kweekschool, lbo, hts, heao, hbo-v, kandidaat- of bachelor wetenschappelijk onderwijs)
- ☐ Wetenschappelijk onderwijs (doctoraat of master, postdoctoraal, hbo-master)

**R2** Welke situatie is op u van toepassing?  
Er zijn meerdere antwoorden mogelijk.

- ☐ Ik heb betaald werk, 1-11 uur per week
- ☐ Ik heb betaald werk, 12-19 uur per week
- ☐ Ik heb betaald werk, 20-31 uur per week
- ☐ Ik heb betaald werk, 32 uur of meer per week
- ☐ Ik ben met pensioen (AOW, prepensioen)
- ☐ 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** Past u op (klein)kinderen?

- ☐ Ja, (bijna) iedere week
- ☐ Ja, (bijna) iedere maand
- ☐ Ja, enkele keren per jaar
- ☐ Nee, nooit

**R4** Heeft u in 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 opletten met mijn uitgaven
- ☐ Ja, enige moeite
- ☐ Ja, grote moeite



**BEDANKT VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST**

Heeft u bij vraag A0 een kruisje gezet? Zonder dat kruisje kunnen wij uw antwoorden niet gebruiken.