

## ALGEMENE GEGEVENS

A1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag			maand			jaar			

A2. Wat is uw geboortedatum?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
dag			maand			jaar			

A3. Wat is uw geboorteplaats? (Indien deze plaats in het buitenland ligt, graag ook geboorteland vermelden)

  <hr/>  
-----------------------

A4. Wat is uw lengte?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	centimeter
----------------------	----------------------	----------------------	------------

A5. Wat is uw gewicht? (Indien u zwanger bent graag het gewicht vóór deze zwangerschap invullen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kilogram
----------------------	----------------------	----------------------	----------

A6. Wat is uw huidige burgerlijke staat?

- gehuwd, geregistreerd partnerschap of samenwonend
- gescheiden of uit elkaar
- weduwe of weduwnaar
- alleenstaand

A7. Verricht u momenteel betaalde werkzaamheden?

- ja
- nee, niet meer => ga naar vraag A10
- nee, ik heb nooit betaalde werkzaamheden verricht => ga naar vraag A13

A8. Hoeveel uur per week verricht u betaalde werkzaamheden?

<input type="text"/>	<input type="text"/>	uur per week
----------------------	----------------------	--------------

A9. Indien u op dit moment betaald werk heeft, wat is uw beroep?

  <hr/>  
-----------------------

=> ga naar vraag A13



A10. Indien u ooit betaald werk heeft gehad, wanneer bent u hier dan mee gestopt?

<i>maand</i>		<i>jaar</i>			

A11. Indien u ooit betaald werk heeft gehad, wat was uw (laatst uitgeoefende) beroep?

A12. Wat was de reden dat u gestopt bent met het verrichten van betaald werk?

- ik doe het huishouden
- ik studeer
- VUT of pensioen
- werkloosheid
- vrijwilligerswerk
- ziekte
- niet van toepassing

A13. Heeft u (deels) een arbeidsongeschiktheidsuitkering?

- nee
- ja, deels
- ja, geheel

## GEZONDHEID EN ZIEKTE

- B1. - Zijn de onderstaande ziekten of aandoeningen ooit bij u vastgesteld door een dokter?  
*(kruis bij elke ziekte of aandoening ja of nee aan)*
- Kunt u aangeven hoe oud u was toen deze ziekte of aandoening bij u werd vastgesteld?
- Kunt u aangeven of u **op dit moment** voor deze ziekte of aandoening behandeld wordt?  
*(onder behandeling wordt verstaan: medicatie, hulpmiddelen en/of regelmatige controle door een arts)*
- Kunt u tot slot aangeven of u in de **afgelopen 3 maanden** voor deze ziekte of aandoening opgenomen bent geweest in het ziekenhuis?

	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
<b>H A R T</b>	angina (pectoris) (hartkramp met aanvallen van pijn op de borst of in de hartstreek)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	onregelmatige hartslag (boezemfibrilleren)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	problemen met hartkleppen ("hart)ruisje")	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	hartaanval of hartinfarct	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
<b>H A R T</b>	hartfalen of decompensatio cordis (met kortademigheid of benauwdheid, 's nachts of bij platliggen)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	ontsteking van het hartvlies of het hartzakje	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>B L O E D V A T E N</b>	verhoogde bloeddruk (hypertensie)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	verlaagde bloeddruk (hypotensie)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	aandoening van de bloedvaten, bv. aderverkalking of 'etalagebenen'	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	vaatontsteking (vasculitis)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	beroerte of herseninfarct of hersenbloeding of CVA of TIA	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	verhoogd cholesterol	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	verwijding slagader (aneurysma)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
<b>L O N G E N</b>	'COPD' (chronische bronchitis, longemfyseem, astma)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	longvliesontsteking (pleuritis)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	longontsteking (pneumonie)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	andere infectie of ontsteking van de longen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	longembolie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
Z E N U W E N	ontsteking van één of enkele zenuwen van een arm of been (met krachts- en gevoels'uitval' van een arm of been)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	polyneuropathie (symmetrische zenuwaandoening met gevoels- en/of krachtsstoornissen, vaak beginnend aan handen en voeten)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	dementie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	verlamming van één of beide zijden van het lichaam	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja

H O R M O O N H U I S H O U D I N G	suikerziekte	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	indien ja, gebruikt u voor uw suikerziekte:				
	- een dieet?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja			
	- tabletten?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja			
	- insuline-injecties?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja			
	hypothyreoïdie (verminderde of te langzame werking van de schildklier)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	hyperthyreoïdie (te snelle werking van de schildklier)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	vergroete schildklier	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
andere schildklierafwijking	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	
anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	

N I E R E N	verminderde nierfunctie of nierinsufficiëntie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	ontsteking van het nierbekken (pyelonefritis of pyelitis)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	ontsteking van de filtertjes van de nier (glomerulonefritis)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
N I E R E N	nierstenen	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	regelmatig een blaasontsteking	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	cystenieren	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	eiwit in de urine	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	bloed in de urine	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
L E V E R	verminderde functie van de lever	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	geelzucht	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
M A A G / D A R M E N	ontsteking van de darmen of ziekte van Crohn of Colitis Ulcerosa	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	maagzweer of zweer van het maagdarmkanaal	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	buikvliesontsteking	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
K A N K E R	lymfeklierkanker (lymfoom) of leukemie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	andere vorm van kanker	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	indien ja, in welk orgaan of lichaamsdeel <input type="text"/>				



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
G E W R I C H T E N	reumatoïde artritis of chronisch gewrichtsreuma	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	artritis psoriatica	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	ziekte van Bechterew	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	jicht	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	SLE (systemische lupus erythematosus of LE of lupus)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	syndroom van Sjögren	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	sclerodermie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	polymyositis of dermatomyositis	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	artrose	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	fibromyalgie of chronisch pijnsyndroom	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
O G E N	scleritis of retinale vasculitis (ontsteking van het oogwit, de oogbol of het netvlies)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	droogheidsklachten of verminderde traanproductie	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
M O N D	verminderde slijmproductie of droge mond	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk: <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts		op leeftijd	op dit moment onder behandeling		in de afgelopen 3 maanden opgenomen	
		<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
O V E R I G	osteoporose of botontkalking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	botbreuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	reumaknobbel(tjes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	sarcoïdose (Besnier-Boeck)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	fenomeen van Raynaud (winterhanden of -voeten: handen of voeten worden bij kou: wit => blauw => rood en pijnlijk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bloedarmoede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	coagulopathie / verhoogde bloedingsneiging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	prostaatvergroting (alleen mannen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	geslachtsziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vruchtbaarheidsstoornis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	huidziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders namelijk:	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B2. Bent u ooit aan uw schildklier geopereerd?

nee => *ga naar vraag B4*

ja

B3. Was dit vanwege een goed- of kwaadaardige afwijking?

goedaardig

kwaadaardig

B4. Bent u ooit vanwege een aandoening aan uw schildklier behandeld met radioactief jodium?

nee => *ga naar vraag B6*

ja



B5. Was dit vanwege een goed- of kwaadaardige afwijking?

- goedaardig
- kwaadaardig

B6. Gebruikt u momenteel schildklierhormoon (thyrox, eltroxin of euthyrox) of schildklierremmende medicatie (strumazol, basolest of PTU)?

- nee
- ja, schildklierhormoon (thyrox, eltroxin of euthyrox)
- ja, schildklierremmende medicatie (strumazol, basolest of PTU)
- ja, beide

B7. Heeft u bloedverwanten (grootouders, ouders, ooms, tantes, broers, zussen of kinderen) die bekend zijn met onderstaande ziekten of aandoeningen?

aandoening	nee	ja	weet ik niet
cystenieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bloed en/of eiwit in de urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere nierziekten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B8. Heeft u bloedverwanten (grootouders, ouders, ooms, tantes, broers, zussen of kinderen) die behandeld worden met dialyse (kunstnier, buikspoeling) of die een niertransplantatie hebben ondergaan?

- nee
- ja
- weet niet

B9. Heeft u **eerstegraads** bloedverwanten (ouders, broers, zussen of kinderen) die bekend zijn met onderstaande ziekten of aandoeningen?  
Indien ja, wilt u dan aangeven welke familieleden het betreft?

aandoening	nee	ja	betreft
COPD (astmatische bronchitis, astma, ed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
huidziekten (psoriasis, eczeem, ed)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
dementie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>





B10. Gebruikt u onderstaande medicijnen of vitaminepreparaten nu gedurende **minstens een half jaar** of heeft u deze medicijnen of vitaminepreparaten ooit gedurende **minstens een half jaar** regelmatig gebruikt?

medicijn/vitaminepreparaat	nee, nooit	ja, ooit	ja, nu
medicijnen tegen hart- en vaatziekten ( <i>bijv. voor pijn op de borst</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
plaspillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen tegen hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen tegen een te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bloedverdunners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aspirine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaap- of kalmeringsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen tegen astma of chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen tegen reumatische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
multivitamine preparaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
foliumzuur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vitamine B complex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vitamine C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ijzerpreparaten ( <i>staalpillen</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B11. Bent u al in de menopauze of "overgang" (geweest)?

nee

ja

niet van toepassing (mannen)



B12a. Heeft u de **afgelopen 6 maanden** last gehad van onderstaande klachten?

B12b. Heeft u in de **afgelopen 24 uur** last gehad van onderstaande klachten? Zo ja, wilt u dan aangeven wat de ernst van deze klachten was?

(Onder **licht** wordt verstaan dat de klachten nauwelijks zorgen voor beperking van de dagelijkse activiteiten, zoals stofzuigen, boodschappen doen, werken, etc.)

(Onder **matig** wordt verstaan dat de klachten zorgen voor flinke beperking van de dagelijkse activiteiten)

(Onder **ernstig** wordt verstaan dat de klachten ervoor zorgen dat de dagelijkse activiteiten niet meer kunnen worden uitgevoerd)

klacht	afgelopen 6 maanden last van gehad		afgelopen 24 uur last van gehad			
	nee	ja	nee	licht	matig	ernstig
hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
duizeligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misselijkheid en/of overgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geluidsovergevoeligheid of slecht tegen harde geluiden kunnen slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
moeheid of eerder moe dan anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sneller geïrriteerd of eerder boos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
depressieve gevoelens of huilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gevoel van frustratie of ongeduld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dingen vergeten of slecht geheugen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slechte concentratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meer tijd nodig om ergens over na te denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lichtovergevoeligheid of slecht tegen licht kunnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dubbelzien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rusteloosheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B13. Heeft u ooit een hersenschudding of hersenkneuzing opgelopen?

nee => ga naar vraag D1

ja, 1 keer

ja, meerdere keren

B14. Heeft u ooit een hersenschudding of hersenkneuzing opgelopen waarvoor u de spoedeisende of eerste hulp van een ziekenhuis heeft bezocht?

nee

ja, 1 keer

ja, meerdere keren



B15. Bent u opgenomen geweest in het ziekenhuis vanwege een hersenschudding of hersenkneuzing?

- nee
- ja, 1 keer
- ja, meerdere keren

**LET OP:** Indien u ooit één hersenschudding of hersenkneuzing heeft opgelopen, wilt u B16 t/m B19 dan beantwoorden voor deze hersenschudding. Indien u meerdere keren een hersenschudding of hersenkneuzing hebt opgelopen, wilt u B16 t/m B19 dan beantwoorden voor de zwaarste hersenschudding of hersenkneuzing.

B16. In welk jaar heeft u deze hersenschudding of hersenkneuzing opgelopen?

--	--	--	--

B17. Was deze hersenschudding of hersenkneuzing het gevolg van:

- val van trap
- geweld
- verkeersongeluk: op fiets aangereden door andere fiets
- verkeersongeluk: op fiets aangereden door auto
- verkeersongeluk: in auto aangereden door auto
- verkeersongeluk: als voetganger aangereden door auto

verkeersongeluk: anders, namelijk

--

andere oorzaak, namelijk

--

B18. Bent u bewusteloos (in coma) geweest?

- nee => *ga naar vraag D1*
- ja

B19. Hoelang bent u bewusteloos (in coma) geweest?

- 1 tot 30 min
- 31 min tot 6 uur
- langer dan 6 uur



## STEMMING EN GEDRAG

D1. Bent u ooit zodanig depressief geweest dat u daarvoor ook behandeld bent, bijvoorbeeld met medicijnen, gesprekstherapie of opname in een psychiatrisch ziekenhuis?

nee

ja, een keer

=>

Leeftijd eerste depressie:   jaar

ja, meerdere keren =>

D2. Is bij u ooit de diagnose manisch-depressieve stoornis of bipolaire stoornis gesteld?

nee

ja

D3. Is bij u ooit een andere psychiatrische stoornis of ziekte vastgesteld?

nee

ja, namelijk (vul hieronder de psychiatrische diagnose(s) in die bij u is of zijn gesteld)


D4. Is een (of meer) van uw **eerstegraads** bloedverwanten (ouders, broers, zussen of kinderen) ooit zodanig depressief geweest dat hij/zij daarvoor ook behandeld is, bijvoorbeeld met medicijnen, gesprekstherapie of opname in een psychiatrisch ziekenhuis?

nee

ja

D5. Is bij een (of meer) van uw **eerstegraads** bloedverwanten (ouders, broers, zussen of kinderen) ooit de diagnose manisch-depressieve stoornis of bipolaire stoornis gesteld?

nee

ja

D6. Is bij een (of meer) van uw **eerstegraads** bloedverwanten (ouders, broers, zussen of kinderen) ooit de diagnose autisme, stoornis van Asperger of PDD-NOS gesteld?

nee

ja





- D12.  ik voel me niet bijzonder schuldig  
 ik voel me vaak schuldig  
 ik voel me meestal schuldig  
 ik voel me voortdurend schuldig
- D13.  ik heb niet het gevoel dat ik ergens voor gestraft word  
 ik heb het gevoel dat ik nog wel eens gestraft zal worden  
 ik verwacht dat ik gestraft zal worden  
 ik heb het gevoel dat ik nu gestraft word
- D14.  ik voel me niet teleurgesteld in mezelf  
 ik ben teleurgesteld in mezelf  
 ik walg van mezelf  
 ik haat mezelf
- D15.  ik heb niet het gevoel dat ik slechter ben dan iemand anders  
 ik heb kritiek op mezelf vanwege mijn zwakheden of fouten  
 ik geef mezelf steeds de schuld van mijn gebreken  
 ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt
- D16.  ik overweeg absoluut niet om een eind aan mijn leven te maken  
 ik overweeg wel eens om een eind aan mijn leven te maken, maar ik zou dat nooit doen  
 ik zou een eind aan mijn leven willen maken  
 ik zou een eind aan mijn leven maken als ik de kans kreeg
- D17.  ik huil niet meer dan normaal  
 ik huil nu meer dan vroeger  
 ik huil nu voortdurend  
 ik kon vroeger wel huilen, maar nu kan ik het niet meer, ook al wil ik het
- D18.  ik erger me niet meer dan anders  
 ik raak sneller geërgerd of geprikkeld dan vroeger  
 ik erger me tegenwoordig voortdurend  
 ik erger me helemaal niet meer aan dingen waaraan ik mij vroeger ergerde
- D19.  ik heb mijn belangstelling voor andere mensen niet verloren  
 ik heb nu minder belangstelling voor andere mensen dan vroeger  
 ik heb mijn belangstelling voor andere mensen grotendeels verloren  
 ik heb mijn belangstelling voor andere mensen helemaal verloren
- D20.  ik neem nu nog net zo gemakkelijk beslissingen als vroeger  
 ik stel het nemen van beslissingen meer uit dan vroeger  
 ik heb meer moeite met het nemen van beslissingen  
 ik kan helemaal geen beslissingen meer nemen

- D21.  ik heb niet het gevoel dat ik er minder goed uitzie dan vroeger  
 ik maak me er zorgen over dat ik er oud en onaantrekkelijk uitzie  
 ik heb het gevoel dat mijn uiterlijk blijvend veranderd is, waardoor ik er onaantrekkelijk uitzie  
 ik geloof dat ik er lelijk uitzie
- D22.  ik kan mijn werk ongeveer even goed doen als vroeger  
 het kost me extra inspanning om ergens aan te beginnen  
 ik moet mezelf er echt toe dwingen om iets te doen  
 ik ben tot helemaal niets meer in staat
- D23.  ik slaap even goed als anders  
 ik slaap niet zo goed als vroeger  
 ik word 's morgens één tot twee uur eerder wakker dan gewoonlijk en kan moeilijk weer in slaap komen  
 ik word uren eerder wakker dan vroeger en kan dan niet meer in slaap komen
- D24.  ik word niet sneller moe dan anders  
 ik word eerder moe dan vroeger  
 ik ben te moe om ook maar iets te doen  
 ik geef mezelf de schuld van al het slechte dat er gebeurt
- D25.  ik heb niet minder eetlust dan anders  
 ik heb minder eetlust dan vroeger  
 ik heb veel minder eetlust dan vroeger  
 ik heb helemaal geen eetlust meer
- D26.  ik ben zo goed als niets afgevallen de laatste tijd  
 ik ben meer dan 2 kilo afgevallen  
 ik ben meer dan 4 kilo afgevallen  
 ik ben meer dan 6 kilo afgevallen
- D27. Ik probeer af te vallen door minder te eten  
 nee  
 ja
- D28.  ik maak me niet meer zorgen over mijn gezondheid dan anders  
 ik maak me zorgen over lichamelijke problemen, bijv. als ik ergens pijn voel, als mijn maag van streek is, et  
 ik maak me veel zorgen over mijn lichamelijke problemen en het valt niet mee om aan iets anders te denke  
 ik maak me zoveel zorgen over mijn lichamelijke problemen, dat ik aan niets anders meer kan denken.
- D29.  ik ben me niet bewust dat er de laatste tijd iets is veranderd aan mijn belangstelling voor sex  
 ik heb minder belangstelling voor sex dan vroeger  
 ik heb tegenwoordig veel minder belangstelling voor sex  
 ik heb mijn belangstelling voor sex helemaal verloren



D30. In welke mate werd u gedurende de afgelopen week (met vandaag erbij) gehinderd door:

klacht	helemaal niet	een beetje	nogal	tamelijk veel	heel erg
zenuwachtigheid of van binnen trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
angstig voelen in open ruimten of op straat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
misselijkheid en/of overgeven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zomaar plotseling schrikken of bang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bang zijn om alleen uit huis te gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bang voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hartkloppingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bang zijn om te reizen in bussen, treinen of trams	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bepaalde plaatsen of dingen moeten vermijden, omdat u er angstig van wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gespannen voelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet op uw gemak voelen in menigten, zoals bij het winkelen of in de bioscoop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aanvallen van angst of paniek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zenuwachtig voelen als u alleen gelaten wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zo rusteloos voelen dat u niet stil kunt blijven zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het gevoel dat u iets naars gaat overkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bang zijn om in het openbaar flauw te vallen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D31. Wilt u iedere onderstaande vraag beantwoorden door 'ja' of 'nee' aan te kruisen. Er zijn geen goede of foute antwoorden en geen strikvrage. Het is niet nodig dat u erg lang over de vragen nadent.

	nee	ja
Gaat uw stemming dikwijls op en neer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u erg gevoelig voor de mening van anderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u een spraakzaam persoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u zegt iets te zullen doen, houdt u zich dan altijd aan uw belofte, ook als het u slecht uitkomt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





	nee	ja
Voelt u zich wel eens 'gewoon miserabel' zonder dat daar reden voor is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u schulden had, zou u zich daar dan zorgen over maken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u een levendig persoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u ooit zo hebberig geweest dat u zich meer toe-eigende dan u toekwam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raakt u snel geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou het iets voor u zijn om drugs te gebruiken die een merkwaardige of gevaarlijke uitwerking kunnen hebben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u het prettig om nieuwe mensen te ontmoeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens iemand iets verweten terwijl u zelf de schuldige was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u nogal gauw in uw gevoelens gekwetst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houdt u ervan uw eigen wil op te volgen in plaats van naar de regels te leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u zich meestal op een levendig feest uitleven en er geheel van genieten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn al uw gewoonten goed en wenselijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komt het nogal eens voor dat u schoon genoeg hebt van de dingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u goede manieren en netheid belangrijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u degene die meestal het initiatief neemt bij het maken van nieuwe vrienden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit iets weggenomen van een ander, al was het maar een kleinigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u uzelf een zenuwachtig (nervuus, gespannen) iemand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u dat het huwelijk een ouderwetse zaak is die net zo goed kan worden afgeschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u gemakkelijk wat leven in een nogal saai feestje brengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit iets van iemand anders verloren of stukgemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u uzelf een piekeraar (tobber)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u het plezierig om met anderen samen te werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u iemand die geneigd is zich op de achtergrond te houden tijdens sociale evenementen (bijv. op feestjes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoort het u zeer, als u weet dat u in uw werk fouten hebt begaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens iets slechts of gemeens verteld over een ander?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u uzelf een gespannen persoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u dat mensen teveel bezig zijn met het zekerstellen van hun toekomst door zich te verzekeren en geld te sparen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u het prettig om in contact met mensen te komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was u als kind wel eens brutaal tegen uw ouders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als u in een pijnlijke situatie bent geweest, zit dat u dan nog lang dwars?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probeert u om niet onbeschoft tegen anderen te zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	nee	ja
Vindt u het prettig om veel drukte en opwinding om u heen te hebben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens vals gespeeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt u aan nervositeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zou u willen dat anderen bang voor u zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit misbruik van iemand gemaakt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u meestal stil als u in een gezelschap bent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt u zich vaak eenzaam?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt u het beter de regels van de samenleving te volgen dan uw eigen gang te gaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinden anderen u een levendig persoon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Houdt u ervan uw eigen wil op te volgen in plaats van naar de regels te leven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn uw daden altijd in overeenstemming met uw woorden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wordt u vaak gekweld door schuldgevoelens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stelt u soms dingen uit tot morgen terwijl u ze vandaag eigenlijk zou moeten doen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kunt u een feest op gang brengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## STEMMING EN GEDRAG

E1. Kruis bij iedere stelling aan welk antwoord het meest op u van toepassing is. Bij een stelling met het woord "of" kiest u wat u het meest bij uzelf herkent en baseert u daarop uw antwoord.

stelling	helemaal mee eens	enigszins mee eens	enigszins mee oneens	helemaal mee oneens
Ik kan makkelijk uit iemands gezichtsuitdrukking opmaken wat hij of zij denkt of voelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het moeilijk om nieuwe vrienden te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geniet van sociale aangelegenheden als verjaardagen, recepties, enzovoort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik merk snel of iemand geboeid wordt door wat ik zeg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind was ik aan de late kant met praten of heb ik andere spraakproblemen gehad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik merk regelmatig dat ik niet weet hoe ik een gesprek op gang kan houden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mensen vertellen me vaak dat ik te lang blijf doorpraten over hetzelfde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het gemakkelijk om verhaaltjes te verzinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ga vaak zo sterk op één ding in dat ik andere zaken uit het oog verlies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Het brengt me in de war als mijn dagelijkse routine verstoord wordt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bij voorkeur doe ik dingen telkens weer op dezelfde manier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb de neiging om details op te merken die anderen niet opmerken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind trok ik me vaak terug in mijn eigen wereld of speelde ik weinig met andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind bewoog ik mij houderig of had ik de neiging om bepaalde bewegingen vaak te herhalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind herhaalde ik vaak dezelfde woorden of zinnen of verzon ik regelmatig nieuwe woorden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind nam ik regelmatig uitspraken of grapjes te letterlijk op	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind hield ik van fantasiespelletjes ("doen alsof")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind raakte ik regelmatig overstuurd door plotselinge onverwachte veranderingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



E2. Kruis aan wat het beste uw gedrag van de **afgelopen zes maanden** beschrijft.  
(Steeds één score aangeven)

stelling	zelden of nooit	soms	vaak	erg vaak
Ik let onvoldoende op details bij mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik zit, friemel ik met mijn handen of voeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik maak slordige fouten in mijn werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zit te wiebelen en te draaien in mijn stoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wanneer ik met iets bezig ben, kan ik er met mijn aandacht slecht bijblijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik sta snel op van mijn stoel in situaties waarin verwacht wordt dat ik netjes blijf zitten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik luister slecht wanneer anderen iets tegen mij zeggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik voel me rusteloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik verveel me snel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite aanwijzingen op te volgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karweitjes of werk waar ik aan begin, maak ik niet af	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan me vaak moeilijk ontspannen in mijn vrije tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In mijn vakantie of vrije tijd zoek ik een omgeving met drukte en lawaai	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik kan mijn bezigheden of taken moeilijk organiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben voortdurend 'in de weer' alsof ik 'door een motor word aangedreven'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik probeer onder bezigheden uit te komen waarop ik me langere tijd moet concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik praat aan één stuk door	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik raak dingen kwijt die nodig zijn voor taken of bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik geef antwoord voordat vragen zijn afgemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben snel afgeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het moeilijk op mijn beurt te wachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik ben vergeetachtig bij alledaagse bezigheden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik onderbreek anderen of val ze in de rede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3. De volgende vragen gaan over uw gedrag als kind, **toen u 7 of 8 jaar oud was**.  
Kruis aan wat het beste uw gedrag van toen beschrijft.

	nooit of zelden	soms	vaak	erg vaak
Ik was een druk en onrustig kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind kon ik me moeilijk concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik reageerde als kind impulsief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## STEMMING EN GEDRAG

F1. Wilt u voor elk van de volgende vragen aangeven hoe vaak u zich de **afgelopen week** zo voelde?

De afgelopen week.....	zelden of nooit	soms	vaak	altijd of bijna altijd
Maakte ik me zorgen om dingen waar ik me anders geen zorgen over maak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had ik geen zin in eten, was mijn eetlust slecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kon ik een neerslachtige stemming niet van me afschudden, zelfs niet met behulp van mijn familie en vrienden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde ik me evenveel waard als andere mensen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had ik moeite mijn gedachten te houden bij wat ik aan het doen was	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde ik me depressief	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had ik het gevoel dat alles wat ik deed me moeite kostte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ik hoopvol gestemd over de toekomst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vond ik mijn leven een mislukking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde ik me angstig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had ik een onrustige slaap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ik gelukkig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praatte ik minder dan gewoonlijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde ik me eenzaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vond ik mensen onvriendelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moest ik soms huilen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelde ik me bedroefd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Had ik het gevoel dat mensen me niet aardig vonden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kon ik maar niet goed op gang komen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ACTIVITEITEN VAN HET DAGELIJKS LEVEN

---

- G1. Hoe vaak doet u licht huishoudelijk werk? (afwassen, vloer aanvegen, etc)
- nooit of soms
  - vaak, maar met hulp
  - vaak, meestal zonder hulp
  - vaak, altijd alleen
- G2. Hoe vaak doet u zwaar huishoudelijk werk? (ramen lappen, vloer dweilen, schoonmaken, etc)
- nooit of soms => *ga naar vraag G10 als ook vraag G1 met 'nooit/soms' beantwoord is*
  - vaak, maar met hulp
  - vaak, meestal zonder hulp
  - vaak, altijd alleen
- G3. Voor hoeveel mensen doet u het huishouden inclusief uzelf?
- personen
- G4. Hoeveel kamers houdt u normaliter schoon, inclusief keuken, badkamer, woonkamer, slaapkamer, enz?
- 1 - 5 kamers
  - 6 - 10 kamers
  - meer dan 10 kamers
- G5. Over hoeveel verdiepingen zijn deze kamers verspreid?
- verdiepingen
- G6. Hoe vaak kookt u zelf de warme maaltijden of helpt u bij de voorbereiding?
- nooit
  - soms ( 1 of 2 keer per week)
  - vaak (3 - 5 keer per week)
  - altijd ( 6 of 7 keer per week)
- G7. Welk vervoermiddel gebruikt u meestal als u uw woonplaats uitgaat?
- ik ga nooit mijn woonplaats uit
  - auto
  - openbaar vervoer
  - fiets
  - ik ga lopend
- G8. Hoe vaak doet u boodschappen?
- nooit of minder dan één keer per week
  - één keer per week
  - twee tot vier keer per week
  - bijna elke dag



G9. Als u boodschappen gaat doen, welk vervoermiddel gebruikt u dan?

- ik doe nooit boodschappen
- auto
- openbaar vervoer
- fiets
- ik ga lopend

G10. Beoefent u een lichamelijk actieve sport?

- nee => *ga naar vraag G18*
- ja

G11. Welke sport beoefent u het meest?

---

G12. Hoeveel uur per week beoefent u deze sport?

- minder dan 1 uur
- 1 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- meer dan 4 uur

G13. Hoeveel maanden per jaar beoefent u deze sport?

- minder dan 1 maand
- 1 tot 3 maanden
- 4 tot 6 maanden
- 7 tot 9 maanden
- meer dan 9 maanden

G14. Beoefent u een tweede sport?

- nee => *ga naar vraag G18*
- ja

G15. Welke sport is dat?

---

G16. Hoeveel uur per week beoefent u deze sport?

- minder dan 1 uur
- 1 tot 2 uur
- 2 tot 3 uur
- 3 tot 4 uur
- meer dan 4 uur



G17. Hoeveel maanden per jaar beoefent u deze sport?

- minder dan 1 maand
- 1 tot 3 maanden
- 4 tot 6 maanden
- 7 tot 9 maanden
- meer dan 9 maanden

G18. Op welke manier maakt u gebruik van de telefoon?

- ik bedien de telefoon op eigen initiatief, kijk en draai het nummer, enzovoort
- ik draai enkele bekende telefoonnummers
- ik beantwoord de telefoon, maar draai geen nummers
- ik maak geen gebruik van de telefoon

G19. Doet u zelf de was?

- ja, ik doe de gehele was zelf
- ja, maar ik doe alleen kleine wasjes, zoals sokken
- nee, de gehele was wordt door anderen gedaan

G20. Bent u zelf verantwoordelijk voor uw medicijngebruik?

- niet van toepassing
- ik zorg zelf voor het sorteren en innemen van mijn medicijnen
- ik zorg zelf voor het innemen van mijn medicijnen als ze vooraf zijn klaargelegd
- iemand anders helpt me mijn medicijnen te sorteren en herinnert me ze in te nemen

G21. Kunt u een paar trappen oplopen?

- nee
- ja => *ga naar vraag G23*

G22. Kunt u één trap oplopen?

- nee
- ja

G23. Kunt u meer dan één kilometer lopen?

- nee
- ja => *ga naar vraag G25*

G24. Kunt u meer dan een halve kilometer lopen?

- nee
- ja

G25. Gebruikt u buitenshuis een loophulpmiddel (stok of rollator)?

- niet van toepassing, ik maak gebruik van een rolstoel
- nee
- ja





- G26. Gebruikt u binnenshuis een loophulpmiddel (stok of rollator)?
- niet van toepassing, ik maak gebruik van een rolstoel
  - nee
  - ja
- G27. Geef aan in welke mate u de afgelopen week, met vandaag erbij, bezorgd was om te vallen?
- helemaal niet bezorgd om te vallen
  - een beetje bezorgd om te vallen
  - redelijk bezorgd om te vallen
  - erg bezorgd om te vallen

## GEZONDHEID

---

- G28. Ziet u goed, eventueel met bril of contactlenzen?
- nee
  - ja
- G29. Hoort u goed, eventueel met gehoorapparaat?
- nee
  - ja
- G30. Bent u afgevallen in het afgelopen jaar?
- nee => *ga naar vraag G33*
  - ja
- G31. Hoeveel kilogram bent u in het afgelopen jaar afgevallen?
- |  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|
- kilogram

- G32. Bent u geleidelijk over het afgelopen jaar afgevallen of is dit in de laatste 2-3 maanden gebeurd?
- geleidelijk
  - in de laatste 2 - 3 maanden
- G33. Is uw eetlust afgenomen in de laatste 3 maanden?
- nee
  - ja



G34. In hoeverre zijn de volgende uitspraken **nu** op u van toepassing?

	helemaal niet	zelden	soms	vaak	heel vaak
Ik heb moeite met het herinneren van vaakgebruikte telefoonnummers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik leg dingen (bijvoorbeeld sleutel, bril, geld) ergens neer en heb moeite het daarna weer terug te vinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als ik tijdens het lezen wordt gestoord, heb ik moeite de juiste regel terug te vinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik gebruik een boodschappenlijst, anders vergeet ik dingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vergeet afspraken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vergeet mensen terug te bellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb problemen mijn sleutels in het sleutelgat te krijgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vergeet onderweg welke boodschappen ik van plan was om te halen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite met het herinneren van namen van vrienden en kennissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik vind het moeilijk mij op een taak te concentreren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik heb moeite een TV programma na te vertellen dat ik net heb gezien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik zeg niet wat ik bedoel te zeggen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik val vaak in herhaling, zegt men	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik leer makkelijk om te gaan met nieuwe huishoudelijke apparaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik regel zelf de geldzaken, zoals het pensioen en bankzaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



