

Over deze vragenlijst

Deze vragenlijst heeft verschillende soorten vragen:

Vragen waarbij u één hokje kunt aankruisen:

Voorbeeld: Rookt u?

| | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | ja | → | Zet een duidelijk kruisje <u>in</u> het hokje voor het antwoord |
| <input type="checkbox"/> | nee, maar ik heb wel gerookt | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | nee, ik heb nooit gerookt | | |

Vragen waarbij u uw antwoord op de stippellijn kunt noteren:

Voorbeeld: Wat is uw geboorteplaats:

UTRECHT..... → **Vul open vragen in met blokletters**

Vragen waarbij u uw antwoord in hokjes moet noteren:

Voorbeeld: Wat is uw geboortedatum:

| | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="7"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="2"/> | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="9"/> | <input type="text" value="5"/> | <input type="text" value="6"/> | → | Vul cijfers en letters in <u>in</u> de hokjes |
| dag | | maand | | jaar | | | | | |

Deze vragenlijst zal automatisch worden verwerkt. Daarom is het van groot belang dat de vragenlijst op de bovenstaande wijze wordt ingevuld. Wij willen u ook vragen om de vragenlijst met een blauwe of zwarte pen in te vullen; niet met een stift.

Neemt u rustig de tijd voor het invullen van de vragenlijst, want het is belangrijk dat de vragen zo zorgvuldig mogelijk worden beantwoord.

Enkele belangrijke punten vóórdát u begint met het invullen van de vragenlijst:

- Lees de vragen en de uitleg bij de vragen rustig en aandachtig door voordat u het antwoord invult.
- Bij sommige vragen vindt u meerdere antwoordmogelijkheden. Wij willen u vragen om het antwoord aan te kruisen dat voor u het meest van toepassing is. Als er bij een vraag meer dan één antwoord mogelijk is, staat dit in de vraag aangegeven.
Soms kunt u een aantal vragen overslaan, volg dan de aanwijzing → *ga naar vraag...*
- Wij realiseren ons dat u zich het antwoord op sommige vragen misschien moeilijk kunt herinneren. Toch willen wij u vragen om geen antwoordvakjes leeg te laten.
- Op de laatste pagina van de vragenlijst kunt u eventuele aanvullingen en opmerkingen noteren.
- U kunt de ingevulde vragenlijst terugsturen in de bijgevoegde antwoordenvolp.
Een postzegel is niet nodig.

Succes met het invullen en bij voorbaat onze hartelijke dank voor uw medewerking!

ALGEMEEN

- A1. Wat is uw geboortedatum? - - (dag / maand / jaar)
- A2. In welk **land** bent u geboren?
- A3. In welk **land** is uw moeder geboren?
- A4. In welk **land** is uw vader geboren?
- A5. In welk **land** is de **vader** van uw **moeder** geboren?
- A6. In welk **land** is de **moeder** van uw **moeder** geboren?
- A7. In welk **land** is de **vader** van uw **vader** geboren?
- A8. In welk **land** is de **moeder** van uw **vader** geboren?
- A9. Tot welk ras rekent u uzelf?
 blank
 negroïde / zwart
 aziatisch
 anders, namelijk

BEROEPSMATIGE BLOOTSTELLING

- B1. Was of bent u tijdens uw werk **regelmatig** blootgesteld aan **chemische bestrijdingsmiddelen**?
 ja
 nee → **ga naar vraag B3**
- B2. Waarvoor werden deze **chemische bestrijdingsmiddelen** gebruikt? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
 insectenbestrijding
 onkruidbestrijding
 schimmelbestrijding
 grondontsmetting
 anders, nl.
- B3. Heeft u **regelmatig** met één of meerdere van onderstaande producten en **chemische stoffen** gewerkt? (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
 cosmetische producten (zoals haarlak, haarverf, cremes etc.)
 anaesthetica (narcosemiddelen)
 cytostatica
 desinfecterende of ontsmettingsmiddelen (zoals alcohol, formaldehyde etc.)
 industriële schoonmaakmiddelen, ontvetters en oplosmiddelen
 kledingreinigingsmiddelen (in een stomerij of chemische wasserij)
 verf, lak, lijm, drukinkt en verfverduuners
 zware metalen (zoals lood, kwik en cadmium)
 andere metalen (zoals ijzer, aluminium, koper en chroom)
 andere chemische stoffen, nl.
 nee, ik heb met geen van bovenstaande stoffen gewerkt



B4. Heeft u tijdens **uw werk regelmatig** blootgestaan aan onderstaande **dampen/gassen** of **straling**?
(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- uitlaatgassen (bijvoorbeeld bij een laadperron of door vorkheftrucks)
- lasdampen, dampen van plasticverwerking, benzinedampen of andere dampen die vrijkomen bij productieprocessen
- stof dat vrijkomt bij verwerking van papier, textiel, graan, hooi of andere materialen
- röntgenstraling (bij maken van röntgenfoto's)
- geen van bovenstaande

ROKEN

C1. Rookt u?

- ja
- nee, maar ik heb wel gerookt
- nee, ik heb nooit gerookt → **ga naar vraag D1**

C2. Op welke leeftijd bent u begonnen met roken? Gestart toen ik jaar oud was

C3. Op welke leeftijd bent u gestopt met roken?

- ik rook nog op dit moment
- ik ben gestopt toen ik jaar oud was

C4. Hoeveel rookt(e) u? (Als u niet gedurende één aaneengesloten periode heeft gerookt, kunt u de verschillende periodes waarin u rookte bij elkaar optellen)

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|--------------------------|---------------------|----------------------|----------------------|------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | sigaretten/shag per dag, | gedurende in totaal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | jaar |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | sigaren per dag, | gedurende in totaal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | jaar |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | stuks pijp per dag, | gedurende in totaal | <input type="text"/> | <input type="text"/> | jaar |

DRANKGEWOONTEN & ZOETSTOFFEN

D1. Welke van de onderstaande omschrijvingen beschrijft uw alcoholconsumptie het beste?

- ik drink alcoholische dranken
- ik dronk vroeger alcoholische dranken, maar nu niet meer
- ik heb nooit alcoholische dranken gedronken → **ga naar vraag D4**

D2. Op welke leeftijd bent u begonnen met het regelmatig drinken van alcoholische dranken?

- ik ben begonnen toen ik jaar oud was
- onbekend

D3. Op welke leeftijd bent u gestopt met het regelmatig drinken van alcoholische dranken?

- ik ben gestopt toen ik jaar oud was
- ik ben niet gestopt met het regelmatig drinken van alcoholische dranken
- onbekend



D4. Kunt u hieronder aangeven hoe vaak u **gemiddeld**, in de periode van uw volwassen leven onderstaande dranken heeft gedronken?

| | <i>eenheid</i> | <i>nooit of minder dan 1 per maand</i> | <i>1-3 per maand</i> | <i>1 per week</i> | <i>2-4 per week</i> | <i>5-6 per week</i> | <i>Op z'n minst 1 per dag</i> | <i>Hoeveel glazen / koppen per dag?</i> | | |
|---|----------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|---|--|--|
| Alcoholische dranken | | | | | | | | | | |
| Wijn of champagne | glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Sterkere wijnen zoals Port, Sherry e.d. | klein glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Bier | fluitje | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Sterke drank zoals Wodka, Whisky e.d. | klein glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Likeur zoals Tia Maria, Baileys e.d.. | klein glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Warme dranken | | | | | | | | | | |
| Koffie | kop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Thee | kop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Warme chocomelk | kop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Soep | kop | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Koude dranken | | | | | | | | | | |
| Frisdrank | glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Vruchtensap | glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Melk | glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |
| Water | glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> → | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> | | |
| | | | | | | | | | | |

De onderstaande vragen hebben betrekking op **kunstmatige zoetstoffen** als vervanging voor suiker.

D5. Gebruikt of gebruikte u **regelmatig** kunstmatige zoetstoffen (zoals "zoetjes" voor in de koffie en/of thee)?

- ja, ik gebruik kunstmatige zoetstoffen
- ja, ik gebruikte kunstmatige zoetstoffen maar nu niet meer
- nee, ik heb nooit kunstmatige zoetstoffen gebruikt → **ga naar vraag E1**

D6. Gedurende hoeveel jaar heeft u regelmatig kunstmatige zoetstoffen gebruikt? Gedurende

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 jaar

D7. In de periode dat u kunstmatige zoetstoffen gebruikt heeft, hoe vaak per week gebruikte u dit gemiddeld?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 keer per week



E. ZONBLOOTSTELLING

Onderstaande vragen E1 t/m E5 hebben betrekking op de gevoeligheid van de huid voor de zon.

- E1. Welke kleur heeft uw huid wanneer u lange tijd niet in de zon bent geweest?
- wit
 - blank, maar met een iets bruine tint
 - lichtbruin (Aziatisch, Mediterraan, Noord-Afrikaans)
 - diep bruin (negroïde)
- E2. Hoe reageert uw huid als u in het begin van de zomer een uur onbeschermd (zonder zonnebrand-crème of kleding) in de volle zon komt?
- ik verbrand niet
 - mijn huid wordt een beetje rood
 - ik verbrand: mijn huid wordt rood en voelt pijnlijk aan
- E3. Hoe bruin bent u (of zou u zijn) aan het eind van de zomer, of na 2 weken zonzvakantie?
- ik ben heel bruin
 - ik ben bruin
 - ik ben een beetje bruin
 - ik word nooit bruin
- E4. Wat is de kleur van uw ogen?
- blauw/grijs
 - bruin
 - groen
 - anders, nl
- E5. Wat was uw natuurlijke haarkleur rond uw twintigste jaar?
- rood
 - lichtblond
 - donkerblond
 - bruin
 - zwart

Onderstaande vragen E6 t/m E9 hebben betrekking op zonblootstelling en zonnebank gebruik

- E6. Werkt(e) u tijdens uw huidige of laatste baan:
- overwegend binnen (kantoor, thuis, in de auto)
 - overwegend buiten
 - zowel binnen als buiten



E7. Heeft u ooit voor een periode van langer dan 12 maanden in het buitenland gewoond en zo ja, waar en wanneer?

nee

ja, waar en gedurende hoeveel jaar?

Land en plaats

Aantal jaren

| Land en plaats | Aantal jaren |
|----------------|--------------|
| | |
| | |
| | |

E8. Heeft u wel eens zonneapparatuur (zonnebank/hemel, gezichtsbruiner, of solarium) gebruikt? Zo ja, hoe vaak?

Ik heb nooit zonneapparatuur gebruikt

Ik heb een enkele keer zonneapparatuur gebruikt

Ik heb 1 keer gedaan (een keer bestaat uit 10-12 keer gebruik van zonneapparatuur)

Ik heb 2-5 keer een keer gedaan

Ik heb vaker dan 5 keer een keer gedaan, maar maak niet regelmatig gebruik van zonneapparatuur

Ik doe jaarlijks 1 of meerdere keren, ik gebruik regelmatig zonneapparatuur

E9. Bent u wel eens behandeld met psoralen (PUVA) therapie, bijvoorbeeld voor psoriasis?

ja

nee

onbekend

Onderstaande vragen E10 t/m E15 hebben betrekking op uw zonblootstelling in uw jeugd (tot uw 18e jaar)

E10. Als u **vóór uw 18e jaar** op een zonnige vakantie- of weekenddag (tenminste een half uur) buiten was, kunt u dan aangeven hoe vaak u gebruik maakte van de volgende bescherming tegen de zon (1 antwoord per vraag).

| | nooit | zelden | soms | vaak | altijd | onbekend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beschermende kleding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Een hoed of pet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zonnebrandcreme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De schaduw | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermeed u de zon tussen 11.00 uur en 15.00 uur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E11. Hoe vaak bent u **vóór uw 18e jaar** ernstig verbrand door de zon, waarbij uw huid minstens 2 dagen behoorlijk pijn deed?

nooit

1 of 2 keer

3 tot 5 keer

6 of meer keer

onbekend



E12. Hoeveel uur per dag was u **vóór uw 18e jaar** in de buitenlucht tussen 9 uur 's morgens en 5 uur 's avonds in de maanden mei tot en met september?

| | < 1 uur | 1-2 uur | 2-3 uur | 3-4 uur | > 4 uur | onbekend |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Op schooldagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tijdens weekeinden en vakanties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E13. Hoe vaak zat of lag u **vóór uw 18e jaar** in de zon in de maanden mei tot en met september?

- niet vaak
- af en toe
- vrij vaak
- bijna altijd
- onbekend

E14. Ging u **vóór uw 18e jaar** op vakantie waarbij u veel in de zon was (dit kan zowel een strandvakantie als een actieve vakantie, bijvoorbeeld wandelen zijn)? Zo ja, hoeveel weken was dat gemiddeld per jaar?

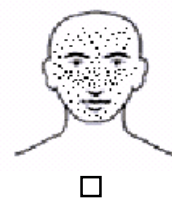
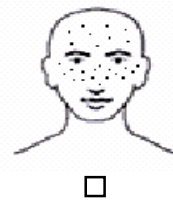
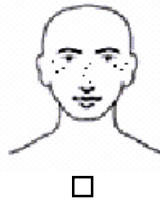
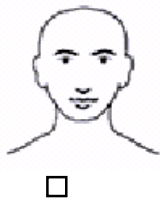
- ja, gemiddeld

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 weken
- nee
- onbekend

E15. Kunt u bij de onderstaande plaatjes aangeven hoeveel sproeten u aan het eind van de zomer had **tussen uw 13e en 18e jaar**? Sproeten zijn meestal kleine, lichtgekleurde plekje (vaak lichtbruin of oranjebruin) met een onregelmatige vorm, die verschijnen als de zon op uw huid schijnt en dan van kleur veranderen. **(Let op! Het gaat hier *niet* om moedervlekken, dat zijn donkerbruine of zwarte plekken op uw huid, met een duidelijke rand)**

a. Op uw gezicht (kruis 1 optie aan)



b. Op uw armen (kruis 1 optie aan)



Onderstaande vragen E16 t/m E21 hebben betrekking op uw zonblootstelling **gedurende uw volwassen leven (na de leeftijd van 18 jaar)**

E16. Als u **tijdens uw volwassen leven** op een zonnige vakantie- of weekenddag (tenminste een half uur) buiten was, kunt u dan aangeven hoe vaak u gebruik maakte van de volgende bescherming tegen de zon (1 antwoord per vraag).

| | nooit | zelden | soms | vaak | altijd | onbekend |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Beschermende kleding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Een hoed of pet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zonnebrandcreme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De schaduw | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vermeed u de zon tussen 11.00 uur en 15.00 uur? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E17. Hoe vaak bent u **tijdens uw volwassen leven** ernstig verbrand door de zon, waarbij de huid minstens 2 dagen behoorlijk pijn deed?

- nooit
- 1 of 2 keer
- 3 tot 5 keer
- 6 of meer keer
- onbekend

E18. Hoeveel uur per dag was u **tijdens uw volwassen leven** in de buitenlucht tussen 9 uur 's morgens en 5 uur 's avonds in de maanden mei tot en met september?

| | < 1 uur | 1-2 uur | 2-3 uur | 3-4 uur | > 4 uur | onbekend |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Op door de weekse dagen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tijdens weekeinden en vakanties | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E19. Hoe vaak zat of lag u **tijdens uw volwassen leven** in de zon in de maanden mei tot en met september?

- niet vaak
- af en toe
- vrij vaak
- bijna altijd
- onbekend

E20. Ging u **tijdens uw volwassen leven** op vakantie waarbij u veel in de zon was (dit kan zowel een strandvakantie als een actieve vakantie, bijvoorbeeld wandelen zijn)? Zo ja, hoeveel weken was dat gemiddeld per jaar?

- ja, gemiddeld weken
- nee

E21. We willen u nu vragen om het aantal **dikke** moedervlekken op **uw linker onderarm** te tellen (uw onderarm is het gedeelte van uw elleboog **tot en met uw hand**). Kijkt u alstublieft zowel aan de binnen- als aan de buitenkant van uw arm. Een **dikke** moedervlek is een donkerbruine of zwarte plek op uw huid met duidelijke rand, die boven op de huid ligt. U kunt ze **voelen** als u met uw vingertoppen over uw huid gaat.

Op mijn linker onderarm heb ik dikke moedervlekken geteld



HAARVERF

De onderstaande vragen hebben betrekking op het **kleuren / verven** van het hoofdhaar. Met het **verven** van het haar bedoelen we dat de haarkleuring na verloop van tijd moet **uitgroeien**. Met **haarspoelingen** bedoelen we dat de haarkleuring na verloop van tijd (enkele weken) wordt **uitgewassen**.

F1. Heeft u wel eens uw haar gekleurd door middel van een **kleurspoeling**?

ja

nee → **ga naar vraag F3**

F2. Kunt u aangeven **hoe vaak per jaar** u uw haar **in een bepaalde kleur spoelde** en gedurende hoeveel jaar u uw haar in **die kleur** heeft gehad?

| <i>Kleur</i> | <i>Ik spoel al mijn hoofdhaar</i> | <i>Ik spoel een gedeelte van mijn hoofdhaar</i> | <i>Hoeveel jaren heeft u uw haar in deze kleur gespoeld</i> | <i>Hoe vaak per jaar spoelt / spoelde u uw haar</i> | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|---|--|--|--|--|
| Blond | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Bruin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Zwart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Rood en andere kleuren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

F3. Heeft u wel eens uw haar gekleurd door middel van **haarverf**?

ja

nee → **ga naar vraag G1**

F4. Kunt u aangeven **hoe vaak per jaar** u uw haar **in een bepaalde kleur verfde** en gedurende hoeveel jaar u uw haar in **die kleur** heeft gehad?

| <i>Kleur</i> | <i>Ik verf al mijn hoofdhaar</i> | <i>Ik verf een gedeelte van mijn hoofdhaar</i> | <i>Hoeveel jaren heeft u uw haar in deze kleur geverfd</i> | <i>Hoe vaak per jaar verft / verfde u uw haar</i> | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|--|--|--|--|
| Blond | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Bruin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Zwart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Rood en andere kleuren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> jaar | | | <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> aantal keer per jaar | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



MENSTRUATIE / ZWANGERSCHAP / MENOPAUIZE

Dit gedeelte van de vragenlijst hoeft alleen ingevuld te worden door vrouwelijke deelnemers.
Mannelijke deelnemers kunnen doorgaan bij vraag H1

G1. Indien uw laatste menstruatieperiode **méér dan 1 jaar geleden** is, kunt u dan aangeven wat de reden hiervan is?
(U kunt meerdere antwoorden aankruisen)

- niet van toepassing, laatste menstruatie is korter dan 1 jaar geleden
- spontaan, de menstruatie bleef vanzelf weg (bijv. door de overgang)
- sterke gewichtsdaling
- na het stoppen van de pil / prikpil
- zwanger of geven van borstvoeding
- hormoonspiraaltje (Mirena)
- door verwijdering van de eierstokken
- door verwijdering van de baarmoeder
- chemotherapie of bestraling
- door andere medicijnen
- onbekend

G2. Hoeveel kinderen heeft u?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Kunt u in onderstaande tabel voor elk geboren kind aangeven 1) wat de geboortedatum is van elk kind en 2) of u borstvoeding heeft gegeven en 3) hoe lang u borstvoeding heeft gegeven?

| Geboorte | Geboortedatum | | | Borstvoeding | | Aantal maanden borstvoeding |
|----------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| | | | | Ja | Nee | |
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 4. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 5. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 6. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 7. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| 8. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |

G3. Heeft u ooit een dokter bezocht in verband met infertiliteit / onvruchtbaarheid of verminderde vruchtbaarheid?

- ja
- nee

G4. Heeft u ooit een IVF-behandeling gehad? (IVF=In Vitro Fertilisatie, reageerbuisbevruchting)

- ja
- nee

G5. Heeft u ooit een KI - of IUI - behandeling gehad? (KI=kunstmatige inseminatie en IUI=intrauteriene inseminatie, bij beiden gaat het om inbrengen van zaadcellen in de baarmoeder)

- ja
- nee



- G6. Heeft u ooit (op andere momenten dan bij de IVF en KI of IUI), **medicijnen (hormonen)** gebruikt die de kans op zwangerschap kunnen vergroten?
- ja, wilt u de volgende tabel invullen (in welke maand en in welk jaar bent u gestart en gestopt met de medicijnen)
- nee

| Naam van het medicijn | Startdatum | | | | Stopdatum | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------|--|------|--|-----------|--|------|--|--|---|--|--|--|--|
| | Maand | | Jaar | | Maand | | Jaar | | | | | | | |
| | | | - | | | | | | | - | | | | |
| | | | - | | | | | | | - | | | | |
| | | | - | | | | | | | - | | | | |
| | | | - | | | | | | | - | | | | |

- G7. Heeft u ooit (op andere momenten dan bij de IVF en KI of IUI), **injecties** gehad om de kans op zwangerschap te vergroten?
- nee
- ja, ik heb gedurende maanden injecties gehad
- G8. Heeft u ooit 'de prikpil' gebruikt?
- ja, ik gebruik nu de prikpil
- ja, ik heb ooit de prikpil gebruikt maar nu niet meer
- nee
- G9. Welke anticonceptie pil heeft u het meest gebruikt? U kunt hier onbekend
- G10. Bent u gesteriliseerd?
- ja, op leeftijd jaar
- nee

ZIEKTE EN GEZONDHEID (VROUW)

- G11. Is er bij u ooit een mammogram gemaakt? (bv. in het kader van het bevolkingsonderzoek borstkanker)
- ja
- nee → **ga naar vraag G15**
- G12. Hoe vaak is bij u een mammogram gemaakt? keer
- G13. Wat was uw leeftijd bij het **eerste** mammogram? jaar oud
- G14. Wat was uw leeftijd bij het **laatste** mammogram? jaar oud
- G15. Is er bij u ooit een röntgenfoto gemaakt van borstkas of van uw schouders (bv vanwege een ongeval, schouder- of long klachten, een keuring, een ziekenhuisopname of voorafgaand aan een operatie)?
- (Mammogrammen van de borst en röntgenfoto's voor TBC onderzoek horen hier niet bij, daar wordt apart naar gevraagd)**
- ja
- nee → **ga naar vraag G17**



G16. Hoe vaak is dit gebeurd **vóór** en **na uw 20e levensjaar**?

Vóór het 20e jaar

- minder dan 5 keer voor mijn 20e jaar
 meer dan 5 keer voor mijn 20e jaar

Na het 20e jaar

- minder dan 5 keer na mijn 20e jaar
 meer dan 5 keer na mijn 20e jaar

G17. Is er bij u ooit tuberculose (TBC) vastgesteld?

- ja
 nee

G18. Bent u ooit doorgelicht voor TBC (radiografie ondergaan)?

- ja
 nee → **ga naar vraag G22**

G19. Zo ja, op welke leeftijd bent u voor het eerst doorgelicht in verband met onderzoek naar TBC?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 jaar oud

G20. Als u dit niet meer precies weet, kunt u dan hieronder aangeven of dit **vóór** of **na** uw 30e levensjaar was?

- vóór mijn 30e jaar
 na mijn 30e jaar

G21. Hoe vaak bent u doorgelicht?

- 1-3 keer
 4-6 keer
 7-9 keer
 10 of meerdere keren

G22. Heeft u ooit Tamoxifen gebruikt?

- ja, Tamoxifen gebruik ik op dit moment
 ja, maar nu niet meer
 nee → **ga naar vraag G24**
 weet ik niet → **ga naar vraag G24**

G23. Wat is/was de reden voor het gebruik van Tamoxifen?

- preventief
 voor de behandeling van (borst)kanker
 zowel preventief als voor de behandeling van (borst)kanker

Hoe lang heeft u dit (tot nu toe) gebruikt?

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 jaren en

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 maanden

G24. Is bij u ooit een **goedaardige** aandoening in de borst, eierstok(ken) of baarmoeder vastgesteld?

- ja
 nee → **ga naar vraag G26**



G25. Kunt u aangeven welke aandoening(en) dit is/zijn en op welke leeftijd deze zijn vastgesteld en of u hiervoor geopereerd bent of niet?

| | Leeftijd | Operatie | |
|---|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | Ja | Nee |
| <input type="checkbox"/> goedaardige borstaandoening | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> endometriose (baarmoederslijmvlies buiten de baarmoeder) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> polycysteus ovarium (vergroting van de eierstokken) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> ontsteking van de eileiders en/of eierstokken | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> vleesboom in de baarmoeder | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> goedaardige blaasjes (cysten) in de eierstokken | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> anders, nl. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

G26. Heeft u ooit een blindedarmonsteking gehad?

- ja, op leeftijd jaar
- nee

G27. Heeft u ooit genitale wratten gehad?

- ja, op leeftijd jaar
- nee

G28. Heeft u ooit talkpoeder vaginaal dan wel in de schaamstreek gebruikt?

- nee
- ja, wilt u hieronder het jaartal waarin u hiermee gestart en hiermee gestopt bent, invullen?

Startjaar Stopjaar

G29. Bent u ooit bestraald (radiotherapie) op uw bekken of onderbuik?

- ja
- nee → **ga naar vraag G31**

G30. Kunt u hieronder aangeven in welk jaar deze bestraling plaatsvond en wat de reden was van bestraling? Indien u meerdere keren bent bestraald in verschillende jaren, dan kunt u dit ook aangeven.

| | | |
|--------------|------------------------------|----------------------------|
| Bestraling 1 | Jaartal <input type="text"/> | Reden <input type="text"/> |
| Bestraling 2 | Jaartal <input type="text"/> | Reden <input type="text"/> |
| Bestraling 3 | Jaartal <input type="text"/> | Reden <input type="text"/> |

G31. Heeft u ooit chemotherapie gehad?

- ja
- nee → **ga naar vraag J1**



G32. Kunt u hieronder aangeven in welk jaar u deze chemotherapie kreeg, wat de reden was en in welk ziekenhuis u behandeld werd? Wilt u, wanneer u dit nog weet, ook aangeven hoeveel kuren u kreeg en wat de naam van chemotherapie was? Wanneer u meerdere keren behandeld bent, kunt u dat aangeven.

| | Startjaar | Ziekenhuis van behandeling | Reden van behandeling | Naam chemotherapie | Aantal kuren |
|-----------------|---|----------------------------|-----------------------|----------------------|---|
| Chemotherapie 1 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Chemotherapie 2 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Chemotherapie 3 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Chemotherapie 4 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Chemotherapie 5 | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

ZIEKTE EN GEZONDHEID (MAN)

Dit gedeelte van de vragenlijst hoeft alleen ingevuld te worden door mannelijke deelnemers. Vrouwelijke deelnemers kunnen doorgaan bij vraag J1

H1. Kunt u aangeven welk van onderstaande plaatjes het beste uw haarpatroon **op dit moment** beschrijft?



-

H2. Kunt u aangeven welk van onderstaande plaatjes het beste uw haarpatroon op **40-jarige leeftijd** beschrijft?



-

H3. Kunt u aangeven welk van onderstaande plaatjes het beste uw haarpatroon **op 20-jarige leeftijd** beschrijft?



-

H4. Welke omschrijving past het beste bij uw lichaamsbehaaring?

- Niet behaard
 Licht behaard (armen en benen)
 Gemiddeld behaard (armen, benen en borst)
 Zwaar behaard (armen, benen, borst en rug)

H5. Heeft u ooit last gehad van acne (puistjes)?

- ja, vanaf leeftijd tot leeftijd jaar
 nee → **ga naar vraag H8**



H6. Op welk gedeelte(n) van uw lichaam bevond zich deze acne? (meer antwoorden zijn mogelijk)

- Gezicht
- Schouders / nek
- Rug
- Borst

H7. Is deze acne met medicijnen / zalf behandeld?

- ja, met medicijnen zonder doktersrecept
- ja, met medicijnen die voorgeschreven zijn door de huisarts/dermatoloog
- nee

H8. Bent u ooit blootgesteld aan röntgenstraling in het gebied van de onderrug, onderbuik en/of bekken?

- nee
- ja, ik ben keer blootgesteld aan röntgenstraling
- onbekend

H9. Is er bij u ooit door een dokter een **ontsteking** van de prostaat (prostatitis) vastgesteld?

- ja, voor het eerst op leeftijd jaar
- nee → **ga naar vraag H11**
- onbekend → **ga naar vraag H11**

H10. Hoe bent u hiervoor behandeld?

- met medicijnen
- anders, nl:

H11. Is er bij u ooit door een dokter **vergroting** van de prostaat (Benigne Prostaat Hyperplasie, BPH) vastgesteld?

- ja, voor het eerst op leeftijd jaar
- nee → **ga naar vraag H13**
- onbekend → **ga naar vraag H13**

H12. Hoe bent u hiervoor behandeld?

- met medicijnen
- minimale invasieve techniek zoals LASER of TUMT
- met een operatie (TURP)
- anders, nl:

H13. Heeft u ooit de bloedtest, genaamd PSA (Prostaat Specifiek Antigen) test, ondergaan?

- ja, voor het eerst op leeftijd jaar
- nee
- onbekend

H14. Was deze PSA test een onderdeel van een routine controle of had u klachten of symptomen?

- routine controle
- naar aanleiding van klachten / symptomen
- screening
- anders, nl:



ZIEKTE EN GEZONDHEID

- J1. Heeft u ooit een urineweginfectie gehad waarvoor u antibiotica kreeg?
- ja
 nee → **ga naar vraag J4**
 onbekend → **ga naar vraag J4**
- J2. Hoe vaak heeft u een urineweginfectie gehad waarvoor u met antibiotica behandeld werd?
- 1-2 keer
 3-5 keer
 6-10 keer
 11 keer of meer
 onbekend
- J3. Op welke leeftijd had u voor het eerst een urineweginfectie waarvoor u met antibiotica behandeld werd?
- jarige leeftijd
 onbekend
- J4. Heeft u wel eens een aandoening gehad waarbij een blaascatheter gedurende langer dan 1 maand nodig was?
- ja, voor het eerst op jarige leeftijd
 nee, nog nooit
 onbekend
- J5. Heeft u ooit stenen in de blaas gehad?
- ja, voor het eerst op jarige leeftijd
 nee, nog nooit
 onbekend
- J6. Bent u ooit blootgesteld aan röntgenstraling in het gebied van de onderrug, onderbuik en/of bekken?
- ja, ik ben keer blootgesteld aan röntgenstraling
 nee
 onbekend
- J7. Hoe vaak plast u gemiddeld **overdag** gedurende uw volwassen leven?
- minder dan 4 keer
 4-6 keer
 7-8 keer
 9-11 keer
 12-15 keer
 16 keer of meer
 onbekend
- J8. Hoe vaak plast u gemiddeld **'s nachts** gedurende uw volwassen leven?
- nooit
 1 keer
 2-3 keer
 4 of meer keer
 onbekend



J9. Heeft u onderstaande medicijnen gedurende **minstens een half jaar** regelmatig gebruikt?

| Medicijn / vitaminepreparaat | Ja, ooit | Nee, nooit | Onbekend |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bloedverduuners | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pijnstillers | | | |
| - paracetamol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - aspirine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - fenacetine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - ibuprofen/brufen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Teerbehandeling voor huidziekten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

J10. Is bij een of meer van de **tweedegraads** familieleden (vier grootouders, broers en zussen van vader of moeder of kleinkinderen) ooit een vorm van kanker vastgesteld?

- ja, bij familieleden
- nee → **ga naar vraag J12**
- onbekend → **ga naar vraag J12**

J11. Hoeveel van deze tweedegraads familieleden met kanker waren bij diagnose **jonger dan 50 jaar**?

familieleden

J12. Komt in uw familie een erfelijke aandoening voor? (bijvoorbeeld hypercholesterolemie)

- nee
- onbekend
- ja, welke aandoening(en):

BLOED- OF PLASMADONOR

K1. Bent u ooit bloed- of plasmadonor geweest?

- ja, alleen bloeddonor
- ja, alleen plasmadonor
- ja, zowel bloeddonor als plasmadonor
- nee → **ga naar vraag L1**

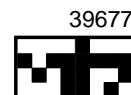
K2. Wilt u hieronder aangeven in welke periode u bloed- en/of plasmadonor bent geweest? Als u nog steeds donor bent kun je bij het eindjaartal het huidige jaartal invullen.

Ik ben bloeddonor geweest van Jaartal tot en met Jaartal

Ik ben plasmadonor geweest van Jaartal tot en met Jaartal

K3. Hoe vaak per jaar geeft u normaal gesproken **bloed**?

- 1 keer per jaar 4 keer per jaar
- 2 keer per jaar Anders, namelijk
- 3 keer per jaar



DYSLEXIE

- L1. Is bij u ooit de diagnose dyslexie gesteld?
- ja
 - nee
 - onbekend
- L2. Heeft u als kind moeite gehad met het spellen van woorden, maakte u als kind veel spelfouten?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L3. Heeft u als kind moeite gehad met het onderscheiden van de verschillende letters?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L4. Heeft u als kind moeite gehad met het onderscheiden van verschillende klanken?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L5. Las u als kind langzaam in vergelijking met anderen?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L6. Had u als kind een leesachterstand ten opzichte van klasgenootjes en het niveau van het genoten onderwijs?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L7. Had u als kind moeite om de dagen van de week en de maanden van het jaar te leren?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet
- L8. Heeft u als kind extra ondersteuning gekregen vanwege problemen met lezen en spellen?
- Altijd / zeer duidelijk
 - Vaak / duidelijk
 - Soms
 - Zelden / een beetje
 - Nooit / helemaal niet



LEVENSGEBEURTENISSEN

M1. Hieronder staan een aantal levensgebeurtenissen. Indien een levensgebeurtenis bij u heeft plaatsgevonden, wilt u dan aangeven wanneer dat was in uw leven. Er wordt onderscheid gemaakt in gebeurtenissen die plaatsvonden in uw jeugd (voor uw 16e jaar), later in uw leven (vanaf uw 16e jaar tot een jaar geleden) en het laatste jaar. Wanneer een gebeurtenis in meerdere perioden voorkwam, kunt u meerdere vakjes aankruisen). Wilt u tenslotte de leeftijd invullen wanneer de gebeurtenis voor het eerst en voor het laatst heeft plaatsgevonden.

| Gebeurtenis | Ja In uw jeugd (voor uw 16e jaar) | Ja Later in uw leven (16e jaar tot 1 jaar geleden) | Ja Laatste jaar | Leeftijd eerste keer | Leeftijd laatste keer |
|---|---|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Ernstige problemen met uw gezondheid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. Ernstige gezondheidsproblemen bij uw naasten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. Overlijden van een familielid | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4. Ernstige relatieproblemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5. Echtscheiding of verbreken partnerrelatie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6. Fysieke / verbale agressie in relatie of gezin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Fysieke / verbale agressie buiten relatie of gezin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 8. Seksueel misbruik of seksueel geweld in relatie of gezin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 9. Seksueel misbruik of seksueel geweld buiten relatie of gezin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 10. Zwangerschap of geboorte kind | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 11. Huwelijk of samenwonen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 12. Andere veranderingen in de gezinssituatie (bijv. adoptie of kinderen die uit huis gingen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 13. Verlies werk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 14. Ernstige conflicten op het werk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 15. Pensionering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 16. Ernstige financiële problemen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 17. Problemen met politie of justitie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18. Verhuizing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 19. Langdurige scheiding van (één van) uw ouders in uw jeugd | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 20. Slachtoffer geweest van oorlogsgeweld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 21. Getuige geweest van ramp of ongeluk | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 22. Vul hierachter het nummer in van de gebeurtenis die het meeste impact op uw leven heeft gehad | <input type="text"/> | | | | |



STEMMING EN GEDRAG

N1. Bent u ooit zodanig depressief geweest dat u daarvoor behandeld bent, bijvoorbeeld met medicijnen, gesprekstherapie of opname in een psychiatrisch ziekenhuis.?

nee

ja, één keer

ja, meerdere keren, namelijk keer → **ga verder naar vraag N2**

N2. Wilt u hieronder aangeven hoe oud u was tijdens het begin van de hierboven aangegeven depressieve periodes?

1e depressieve periode jaar

2e depressieve periode jaar

3e depressieve periode jaar

4e depressieve periode jaar

5e depressieve periode jaar

laatste depressieve periode jaar

Hieronder kunt u eventuele opmerkingen vermelden

Heel hartelijk dank voor het invullen van deze vragenlijst!



