

## ALGEMENE GEGEVENS

A1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

		-			-	2	0	1	2
<i>dag</i>			<i>maand</i>			<i>jaar</i>			

A2. Wat is uw geboortedatum?

		-			-	1	9		
<i>dag</i>			<i>maand</i>			<i>jaar</i>			

## 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
H A R T	angina (pectoris) (hartkramp met aanvallen van pijn op de borst of in de hartstreek)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		<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 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 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 type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	hartfalen of decompensatio cordis (met kortademigheid of benauwdheid, 's nachts of bij platliggen)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja		<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="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
	anders namelijk:				<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>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="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="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="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="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="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="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="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
<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="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="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="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="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="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
<b>Z E N U W E N</b>	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



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
<b>Z E N U W E N</b>	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
<b>H O R M O N H U I S H O U D I N G</b>	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
<b>N I E R E N</b>	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
	nierstenen	<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
	regelmatig een blaasontsteking	<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
	cystenieren	<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
	eiwit in de urine	<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
	bloed in de urine	<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



	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
L E V E R	verminderde functie van de lever	<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
	geelzucht	<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
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="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<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="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
K A N K E R	Is er bij u ooit een vorm van kanker gediagnosticeerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja			
	Zo ja, in welk orgaan of lichaamsdeel <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
	<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
	<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
	NB: Indien bij u meer dan 3 vormen van kanker zijn gediagnosticeerd, zou u dit dan op het opmerkingenblad aan het einde van deze vragenlijst willen noteren?				
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="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<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="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
G E W R I C H T E N	sclerodermie	<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
	polymyositis of dermatomyositis	<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
	artrose	<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
	fibromyalgie of chronisch pijnsyndroom	<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
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="text"/> <input type="text"/>	<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="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
M O N D	verminderde slijmproductie of droge mond	<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
O V E R I G	osteoporose of botontkalking	<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
	botbreuk	<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
	reumaknobbel(tjes)	<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
	sarcoïdose (Besnier-Boeck)	<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
	fenomeen van Raynaud (winterhanden of -voeten: handen of voeten worden bij kou: wit => blauw => rood en pijnlijk)	<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
	bloedarmoede	<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
	coagulopathie / verhoogde bloedingsneiging	<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
OVERIG	trombose	<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
	prostaatvergroting (alleen mannen)	<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
	geslachtsziekte	<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
	vruchtbaarheidsstoornis	<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
	huidziekte	<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

Nu volgen nog enkele andere vragen over ziekte en behandeling.

B2. Bent u ooit bestraald voor de behandeling van een bepaalde aandoening / ziekte zoals bijvoorbeeld een schildklieraandoening of kanker? Blootstelling als gevolg van het maken van één of meer röntgenfoto's valt hier **niet** onder.

ja

nee → **ga naar vraag B4**

B3. Voor welke aandoening of ziekte werd u bestraald? (u kunt deze vraag voor 2 aandoeningen invullen). Wilt u hierbij aangeven welk deel van uw lichaam bestraald werd en op welke leeftijd dit plaatsvond?

Aandoening/  
ziekte 1

Deel lichaam

Leeftijd

Aandoening/  
ziekte 2

Deel lichaam

Leeftijd

B4. Is er bij u ooit tuberculose (TBC) vastgesteld?

ja

nee → **ga naar vraag B6**

B5. Heeft u ooit medicijnen gebruikt voor TBC?

ja

nee

B6. Is er bij u ooit een erfelijke vorm van nierkanker, zoals Von Hippel-Lindau ziekte, vastgesteld?

ja, op leeftijd   jaar

nee



B7. Is er bij u ooit een goedaardige of kwaadaardige tumor of poliep uit de blaas of uit de nieren verwijderd?

- ja, op leeftijd   jaar  
 nee

B8. Heeft u ooit langdurig nierdialyse gehad?

- ja, vanaf leeftijd   jaar  
 nee

B9. Heeft u ooit een orgaantransplantatie ondergaan? Indien dit het geval is, kunt u dan aangeven welk orgaan is getransplanteerd? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Nee             Hart  
 Nier             Hartkleppen  
 Long             Huid  
 Lever            anders, namelijk   
 Alveesklier

B10. Heeft u ooit immunosuppressieve medicatie (medicijnen tegen afstoting) gebruikt? Bijvoorbeeld na een orgaantransplantatie, voor een auto-immuunziekte of kanker?

- Nee  
 Onbekend  
 Ja, namelijk



## ZONBLOOTSTELLING

---

Onderstaande **vragen C1 t/m C3** hebben betrekking op de blootstelling aan zonlicht en gebruik van zonneapparatuur tijdens uw leven. Naast een aantal nieuwe vragen zult u ook vragen tegenkomen die u al eerder heeft ingevuld. Wilt u deze vragen nogmaals invullen?

- C1. Heeft u ooit werk gehad waarbij u grotendeels in de open lucht werkt(e)?
- ja
- nee → **ga naar vraag C3**
- C2. Hoe lang heeft u werk gehad waarbij u grotendeels in de open lucht werkt(e)?
- korter dan 1 jaar
- 1-5 jaar
- 6-10 jaar
- 11-20 jaar
- langer dan 20 jaar
- C3. 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 kuur gedaan (een kuur bestaat uit 10-12 keer gebruik van zonneapparatuur)
- Ik heb 2-5 keer een kuur gedaan
- Ik heb vaker dan 5 keer een kuur gedaan, maar maak niet regelmatig gebruik van zonneapparatuur
- Ik doe jaarlijks 1 of meerdere kuren, ik gebruik regelmatig zonneapparatuur
- Ik heb in het verleden jaarlijks 1 of meerdere kuren gedaan, maar ben hiermee gestopt in
- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

 (jaartal)

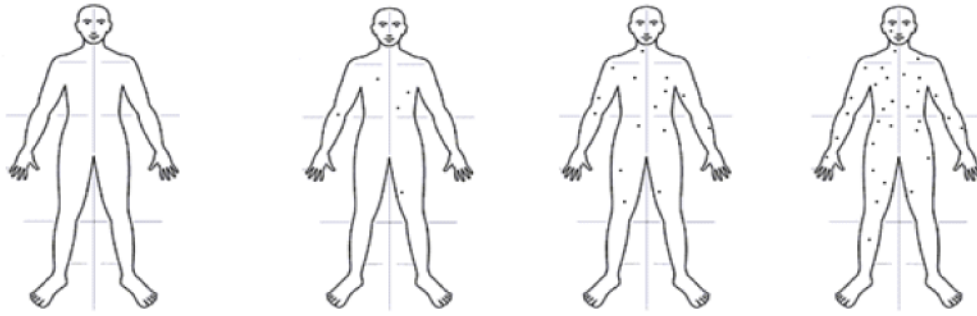
Onderstaande **vragen C4 t/m C6** hebben betrekking op uw zonblootstelling **in uw jeugd (tot uw 18e jaar)**.

- C4. Hoe vaak bent u **vóór uw 18e jaar matig** verbrand door de zon, waarbij uw huid 1 tot 2 dagen rood was en jeukte?
- nooit
- 1 of 2 keer
- 3 tot 5 keer
- 6 of meer keer
- onbekend
- C5. Hoe vaak bent u **vóór uw 18e jaar ernstig** verbrand door de zon, waarbij uw huid minstens 2 dagen behoorlijk pijn (roodheid, brandende pijn, blaren) deed?
- nooit
- 1 of 2 keer
- 3 tot 5 keer
- 6 of meer keer
- onbekend





- C6. Wilt u hieronder aangeven hoeveel moedervlekken (donkerbruine of zwarte plekken op uw huid, met een duidelijke rand) u had **voor uw 18e jaar**?



- Geen                       Enkele                       Redelijk wat                       Veel

Onderstaande **vragen C7 t/m C15** hebben betrekking op uw zonbloomstelling **gedurende uw volwassen leven (na de leeftijd van 18 jaar)**.

- C7. Hoe vaak bent u **tijdens uw volwassen leven matig** verbrand door de zon, waarbij uw huid 1 tot 2 dagen rood was en jeukte?

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

- C8. Hoe vaak bent u **tijdens uw volwassen leven ernstig** verbrand door de zon, waarbij uw huid minstens 2 dagen behoorlijk pijn (roodheid, brandende pijn, blaren) deed?

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

- C9. Benut u elke kans om bruin te worden?

- ja  
 nee

- C10. Heeft u ooit van zonnebaden gehouden?

- ja  
 nee

- C11. Welke factor zonnebrandcrème gebruikt u meestal als u zonnebrandcrème gebruikt?

Factor

- ik gebruik geen zonnebrandcrème

- C12. Bent u ooit op wintersportvakantie geweest?

- ja  
 nee → **ga naar vraag C16**

C13. Op welke leeftijd ging u op wintersport en hoe vaak ging u? (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

Welke leeftijd(en)?	Hoe vaak?		
<input type="checkbox"/> Jonger dan 15 jaar	<input type="checkbox"/> elk jaar	<input type="checkbox"/> eenmalig	<input type="checkbox"/> soms
<input type="checkbox"/> Tussen de 15 en 39 jaar	<input type="checkbox"/> elk jaar	<input type="checkbox"/> eenmalig	<input type="checkbox"/> soms
<input type="checkbox"/> Tussen de 40 en 49 jaar	<input type="checkbox"/> elk jaar	<input type="checkbox"/> eenmalig	<input type="checkbox"/> soms
<input type="checkbox"/> 50 jaar en ouder	<input type="checkbox"/> elk jaar	<input type="checkbox"/> eenmalig	<input type="checkbox"/> soms

C14. In de jaren dat u op wintersport ging, hoeveel weken per jaar ging u gemiddeld?

Gemiddeld   weken

C15. Wanneer u ging skieën/langlaufen of wandelen in de sneeuw, gebruikte u dan een zonnebrandcrème op uw gezicht?

- ja, altijd
- ja, dikwijls
- soms
- zelden
- nooit

Onderstaande **vragen C16 t/m C18** hebben betrekking op het aantal moedervlekken dat u **op dit moment** hebt.

C16. Wat is het totale aantal **moedervlekken** op uw lichaam?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden, willen we u vragen om de moedervlekken door iemand anders te laten tellen. In de **bijgevoegde handleiding** wordt uitgelegd hoe u dit het beste kunt doen. Wij adviseren u en de persoon die bij u de moedervlekken zal tellen deze handleiding voor het tellen goed door te lezen.

Op mijn lichaam zijn    moedervlekken geteld.

C17. Indien u het toch lastig vond om bij de vorige vraag het precieze aantal **moedervlekken** in te vullen, kunt u hieronder dan aangeven welk aantal moedervlekken u **ongeveer** hebt?

- geen
- 1-9
- 10-19
- 20-49
- 50-99
- meer dan 100

C18. Kunt u hieronder aangeven hoeveel **nieuwe moedervlekken** er **ongeveer** zijn bijgekomen **na uw 18e jaar**?

- geen
- enkele moedervlekken
- veel moedervlekken
- onbekend



## LICHAMELIJKE ACTIVITEIT

Onderstaande vragen D1 t/m D9 hebben betrekking op de gemiddelde lichamelijke activiteit **gedurende uw volwassen leven**.

D1. Hoe lichamenlijk actief bent/was u tijdens uw werk of uw dagelijkse bezigheden?

- nauwelijks lichamenlijk actief
- een beetje actief
- behoorlijk actief
- zeer lichamenlijk actief

D2. Hoe lichamenlijk actief bent/was u in uw vrije tijd?

- zelden lichamenlijk actief
- soms actief
- regelmatig actief
- vaak lichamenlijk actief

D3. Fietst(e) u wel eens? Zo ja, hoe vaak? (het gaat bij deze en bij de volgende vraag zowel om fietsen van en naar het werk, school, winkel etc. als om recreatief fietsen, maar niet om wielrennen of mountainbiken als sport. Dat kunt u invullen bij vraag D7 en D8)

**In de winter:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

**In de zomer:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

D4. Hoeveel uur fietst(e) u gemiddeld per week? Wilt u dit apart invullen voor de winterperiode en zomerperiode? **Graag afronden op hele uren (een half uur wordt 1 uur)**

**In de winter:**

uur per week

**In de zomer:**

uur per week

D5. Gaat/ging u in uw vrije tijd wel eens wandelen? Zo ja, hoe vaak?

**In de winter:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

**In de zomer:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

D6. Hoeveel uur wandelt/wandelde u gemiddeld per week? Wilt u dit apart invullen voor de winterperiode en zomerperiode? **Graag afronden op hele uren (een half uur wordt 1 uur)**

**In de winter:**

uur per week

**In de zomer:**

uur per week

D7. Sport(te) u wel eens? Zo ja, hoe vaak? (recreatief fietsen, wandelen en activiteiten als schaken, dammen, vissen en kaarten niet meetellen; wielrennen en mountainbiken wel)

**In de winter:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

**In de zomer:**

- nooit
- minder dan 1 keer per week
- 1-2 keer per week
- 3-5 keer per week
- (bijna) elke dag

D8. Hoeveel uur sport(te) u gemiddeld per week? Wilt u dit apart invullen voor de winterperiode en zomerperiode? **Graag afronden op hele uren (een half uur wordt 1 uur)**

**In de winter:**

uur per week

**In de zomer:**

uur per week

D9. Denkt u dat de gemiddelde beweging die u krijgt/kreeg tijdens werkuren (inclusief werk in het huishouden)

- minimaal was
- gemiddeld was
- intensief was

Neem voor onderstaande **vragen D10 t/m D14** een normale week in gedachten in de **afgelopen maand**. Wilt u aangeven hoeveel dagen per week u de onderstaande activiteiten verrichtte, hoeveel minuten u daar dan gemiddeld op zo'n dag mee bezig was en hoe inspannend deze activiteit was?

D10. Woon-werk/school verkeer (heen en terug)

- |                                    | <b>Aantal<br/>dagen per<br/>week</b>         | <b>Gemiddelde<br/>tijd per dag</b>   | <b>Inspanning</b>  |
|------------------------------------|--|--|--|
| a. Lopen van/naar werk of school   | <input type="text"/> dagen                   | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> langzaam <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> snel |
| b. Fietsen van/naar werk of school | <input type="text"/> dagen                   | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> langzaam <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> snel |
| c.                                 | <input type="checkbox"/> niet van toepassing |  |  |

D11. Lichamelijke activiteit op werk en school

- |   | <b>Gemiddelde tijd<br/>per week</b>  |
|---|--|
| a. Licht en matig inspannend werk (zittend/staand werk, met af en toe lopen, zoals bureauwerk of lopend werk met lichte lasten) | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b. Zwaar inspannend werk (lopend werk, waarbij regelmatig zware dingen moeten worden opgetild)                                  | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c.  | <input type="checkbox"/> niet van toepassing   |



D12. Huishoudelijke activiteiten

- |    |  | <b>Aantal dagen<br/>per week</b> | <b>Gemiddelde tijd<br/>per dag</b>   |
|----|--|----------------------------------|--|
| a. | Licht en matig inspannend huishoudelijk werk (staand werk, zoals koken, afwassen, strijken, kind eten geven/in bad doen en lopend werk, zoals stofzuigen, boodschappen doen) | <input type="text"/> dagen       | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| b. | Zwaar inspannend huishoudelijk werk (vloer schrobben, tapijt uitkloppen, met zware boodschappen lopen)   | <input type="text"/> dagen       | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten |
| c. | <input type="checkbox"/> niet van toepassing   |                                  |  |

D13. Vrije tijd

- |    |  | <b>Aantal<br/>dagen per<br/>week</b> | <b>Gemiddelde<br/>tijd per dag</b>   | <b>Inspanning</b>  |
|----|--|--------------------------------------|--|--|
| a. | Wandelen   | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> langzaam <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> snel |
| b. | Fietsen  | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> langzaam <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> snel |
| c. | Tuinieren  | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |
| d. | Klussen/<br>Doe-het-zelven   | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |
| e. | Sporten (hier maximaal 4 opschrijven)<br><i>bijvoorbeeld: tennis, handbal, gymnastiek, fitness, schaatsen, zwemmen</i> |                                      |  |  |
| 1. | <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>     | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |
| 2. | <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>     | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |
| 3. | <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>     | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |
| 4. | <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-bottom: 1px dashed black;" type="text"/>     | <input type="text"/> dagen           | <input type="text"/> <input type="text"/> uren <input type="text"/> <input type="text"/> minuten | <input type="checkbox"/> licht <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> zwaar   |

D14. Totaal

Op gemiddeld hoeveel dagen per week bent u, alles bij elkaar opgeteld, tenminste een half uur bezig met fietsen, klussen, tuinieren of sporten?

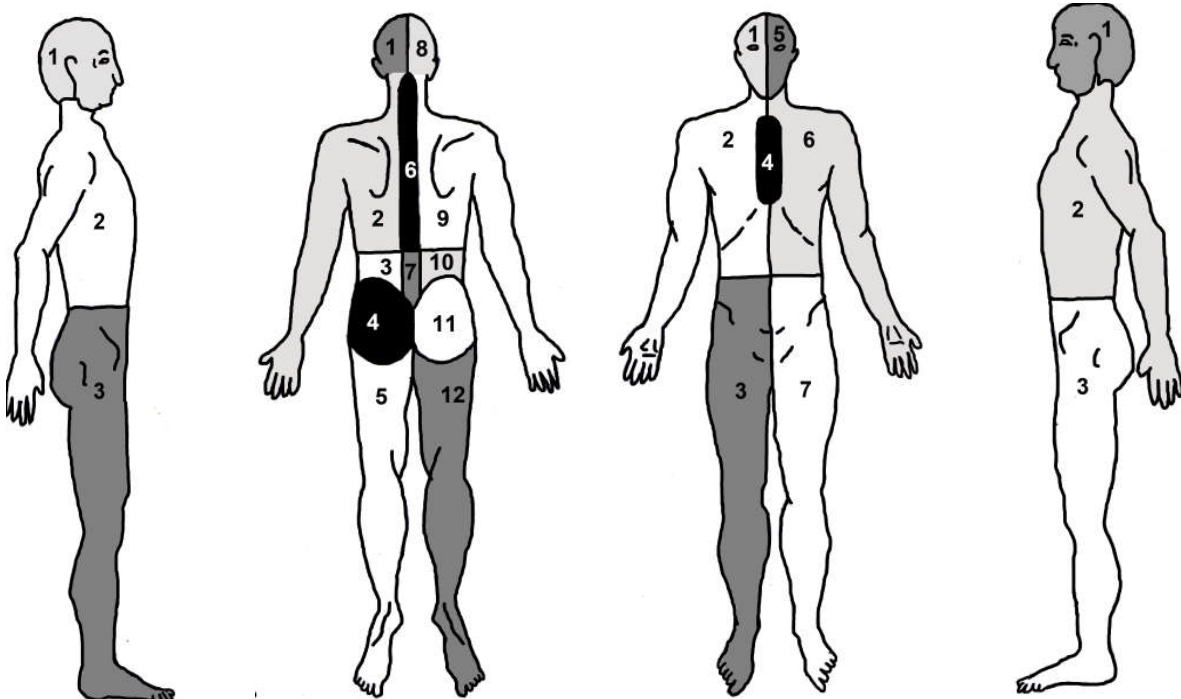
**dagen per week**



## PIJN

- E1. Heeft u in de afgelopen maand last gehad van pijn(en) die een dag of langer duurde? (reken pijn die u heeft tijdens uw menstruatie, verkoudheid of griep niet mee)
- ja
- nee → **ga naar vraag E4**
- E2. Heeft u van (één van) deze pijn(en) al langer dan drie maanden last gehad?
- ja
- nee → **ga naar vraag E4**
- E3. Hieronder ziet u vier tekeningen van een menselijk lichaam: de rechter zijkant, de achterkant, de voorkant en de linker zijkant. In deze tekeningen is het menselijk lichaam onderverdeeld in gebieden, elk met een eigen kleur en bijbehorend nummer. Geef aan in welk gebied de pijn die **langer dan drie maanden** duurt (duurde) zich bevindt door middel van het aankruisen van het bijbehorende nummer bij de betreffende tekening. Indien u meerdere pijnen heeft waarvan u langer dan drie maanden last heeft (had), kunt u meerdere nummers aankruisen.

Er zijn aparte tekeningen van de rechter en linker zijkant van het lichaam, dus let goed op dat u de pijn(en) bij de juiste tekening aangeeft.



a. Rechter zijkant

- 1
- 2
- 3

b. Achterkant

- 1    5    9
- 2    6    10
- 3    7    11
- 4    8    12

c. Voorkant

- 1    4    7
- 2    5
- 3    6

d. Linker zijkant

- 1
- 2
- 3



Voor het beantwoorden van de **vragen E4 t/m E20** wordt u gevraagd zich een bepaalde situatie voor te stellen. We vragen u vervolgens te beslissen hoe pijnlijk deze situatie zou zijn op een schaal van 0 tot 10. 0 komt overeen met helemaal geen pijn, 1 is net waarneembare pijn en 10 de ergste pijn die u zich kunt voorstellen of mogelijk acht. Wij vragen u een kruis te zetten bij het cijfer dat het beste overeenkomt met de pijn die u in de beschreven situatie zou voelen. Bij deze vragen is geen antwoord goed of fout, het gaat om uw persoonlijke beoordeling van de beschreven situaties.

Sommige situaties kunnen angst of aversie oproepen. Probeer dit niet mee te nemen in de score die u geeft met betrekking tot de pijn die u in een bepaalde situatie zou voelen.

E4. Stelt u zich voor dat u uw scheenbeen flink tegen een harde rand stoot, bijvoorbeeld de hoek van een glazen tafelblad. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E5. Stelt u zich voor dat u uw tong aan een zeer hete drank verbrandt. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E6. Stelt u zich voor dat uw spieren een beetje pijn doen na een fysieke inspanning. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E7. Stelt u zich voor dat uw vinger beklemd raakt tussen een lade? Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E8. Stelt u zich voor dat u een douche neemt met lauwwarm water? Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E9. Stelt u zich voor dat uw schouder licht verbrand is door de zon. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E10. Stelt u zich voor dat uw knie geschaafd is door een val met de fiets. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E11. Stelt u zich voor dat u tijdens het eten per ongeluk flink op uw tong of wang bijt. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E12. Stelt u zich voor dat u met blote voeten op een koele tegelvloer loopt. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



E13. Stelt u zich voor dat u een klein wondje aan uw vinger heeft en dat u per ongeluk citroensap in het wondje krijgt. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E14. Stelt u zich voor dat u uw vinger prikt aan de doorn van een roos. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E15. Stelt u zich voor dat u uw hand enkele minuten in de koude sneeuw steekt of uw handen voor enige tijd met sneeuw in contact brengt, bijvoorbeeld bij het maken van sneeuwballen. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E16. Stelt u zich voor dat u een hand krijgt/schudt van iemand met een normale greep. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E17. Stelt u zich voor dat u een hand krijgt/schudt van iemand met een zeer stevige greep. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E18. Stelt u zich voor dat u een hete pan optilt door per ongeluk de even hete handvatten van de pan vast te pakken. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E19. Stelt u zich voor dat iemand met hele zware schoenen op uw voeten gaat staan terwijl u sandalen aan heeft. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

E20. Stelt u zich voor dat u uw elleboog stoot aan de rand van de tafel, op de plek van het telefoonbotje. Hoe pijnlijk zal dit voor u zijn ?

0=helemaal niet pijnlijk                      10=de ergste pijn die u zich voor kunt stellen

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10





## DYSLEXIE

---

- F1. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld aan lezen in het Nederlands (boeken, kranten, tijdschriften, internet) ter ontspanning?
- minder dan 1 uur per week
  - 1 tot 3 uur per week
  - 3 tot 6 uur per week
  - 7 tot 10 uur per week
  - meer dan 10 uur per week
- F2. Hoeveel problemen heeft u met lezen?
- geen
  - een beetje
  - regelmatig
  - veel
  - heel veel
- F3. Na hoeveel keer lezen herkent u een moeilijk Nederlands woord?
- altijd direct na een keer lezen
  - meestal direct na een keer lezen
  - meestal na twee keer lezen
  - na drie of meer keer lezen
  - vaak helemaal niet
- F4. Heeft u moeite met het volgen van ondertiteling op televisie?
- geen
  - een beetje
  - regelmatig
  - veel
  - heel veel
- F5. Hoeveel problemen heeft u met spellen?
- geen
  - een beetje
  - regelmatig
  - veel
  - heel veel
- F6. Hoeveel tijd besteedt u gemiddeld aan schrijven/typen in het Nederlands?
- minder dan 1 uur per week
  - 1 tot 3 uur per week
  - 3 tot 6 uur per week
  - 7 tot 10 uur per week
  - meer dan 10 uur per week



F7. Welke taal sprak u in uw thuisomgeving in uw eerste vier levensjaren?

- Nederlands
- Marokkaans
- Turks
- Surinaams/Antilliaans
- Engels
- een andere taal

F8. Als u thuis onder elkaar bent, welke taal spreekt u dan?

- Nederlands
- Marokkaans
- Turks
- Surinaams/Antilliaans
- Engels
- een andere taal

F9. Zijn er familieleden (vader, moeder, zoon, dochter, opa, oma, broer, zus, oom, tante, neef, nicht) die problemen hebben (gehad) met lezen en/of spellen?

- nee
- ja, een
- ja, twee
- ja, meer dan twee
- ik weet het niet

F10. Zijn er familieleden die nooit helemaal goed hebben leren lezen?

- nee
- ja, een
- ja, twee
- ja, meer dan twee
- ik weet het niet

F11. Heeft u een officiële diagnose van dyslexie?

- ja
- nee
- ik weet het niet

F12. Wanneer kreeg u de diagnose van dyslexie?

- minder dan een jaar geleden
- 1-2 jaar geleden
- 2-3 jaar geleden
- 3-4 jaar geleden
- 4 of meer jaar geleden
- niet van toepassing



F13. Had u als kind (of ook nu nog) gehoorproblemen?

- ja en nu nog steeds
- ja, maar nu niet meer
- nee
- niet van toepassing

F14. Had u als kind (of ook nu nog) problemen met zien? (gewone brillen/lenzen niet meegerekend)

- ja en nu nog steeds
- ja, maar nu niet meer
- nee
- niet van toepassing

F15. Heeft u een officiële diagnose van ADD of ADHD?

- ja
- nee
- ik weet het niet

F16. Heeft u een officiële diagnose van PDD-NOS, Asperger of Autisme?

- ja
- nee
- ik weet het niet

F17. Hoe goed kunt u typen op een toetsenbord?

- zwak
- matig
- goed
- zeer goed



