

MINISTERIE VAN ECONOMISCHE ZAKEN



*Nationaal Instituut voor de Statistiek*

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU



*Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid*

## Gezondheidsenquête, België, 2001

### Schriftelijke vragenlijst

BETROKKEN PERSOON:

N<sup>r</sup> van de persoon:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Voornaam: \_\_\_\_\_

ENQUÊTEUR:

Naam van de enquêteur: \_\_\_\_\_

N<sup>r</sup> van de enquêteur:

--	--	--

Datum van de enquête

--	--	--	--	--	--



**Hoe deze vragenlijst in te vullen:**

U moet de vragen persoonlijk beantwoorden.

Lees, voordat u antwoordt, eerst aandachtig de vraag en de mogelijke antwoorden.

Kruis daaropvolgend het antwoord aan dat u kiest (zie voorbeeld).

Voorbeeld**VR.01. Hoe vaak staat u tijdens weekdays na 9 uur 's morgens op?**

- 1 maal.....  1
- 2 – 3 maal.....  2
- 4 maal of meer.....  3
- Nooit.....  4

Maak één keuze voor elke vraag, tenzij het anders is aangegeven.

Sommige vragen kunnen moeilijker lijken dan anderen. Indien u problemen heeft om op een specifieke vraag te antwoorden, is het beter verder te gaan met de volgende vraag om zodoende de rest van de vragenlijst te vervolledigen.

## Uw gezondheidsbeleving

**PE.01. Hoe is uw algemene gezondheidstoestand?**

- Zeer goed.....  1
- Goed.....  2
- Gaat wel (redelijk).....  3
- Slecht.....  4
- Zeer slecht.....  5

**PE.02. Hoe beoordeelt u uw gezondheidstoestand nu, in vergelijking met een jaar geleden?**

- Veel beter dan vorig jaar.....  1
- Iets beter.....  2
- Ongeveer hetzelfde.....  3
- Iets slechter.....  4
- Veel slechter.....  5

**PE.03. Lijdt u aan een langdurige ziekte of aandoening (gezondheidsprobleem)?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2

**PE.04. Is u, vanwege een gezondheidsprobleem, sinds 6 maanden of langer beperkt in activiteiten die mensen gewoonlijk doen?**

- Ja, erg beperkt.....  1
- Ja, beperkt.....  2
- Neen, niet beperkt.....  3

## Klachten

**SL.01. In welke mate werd u, in de afgelopen week met vandaag erbij, gehinderd door:**

		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
01.	hoofdpijn.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02.	duizeligheid .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03.	pijn in borst of hartstreek .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04.	pijn onder in de rug .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05.	misselijkheid of een maag die van streek is .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06.	pijnlijke spieren .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07.	moeilijk adem kunnen krijgen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08.	u soms erg warm, dan weer erg koud voelen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09.	een verdoofd of tintelend gevoel ergens in uw lichaam .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10.	een brok in uw keel .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11.	u lichamelijk ergens slap voelen ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12.	zwaar voelen in armen of benen ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13.	zenuwachtigheid of van binnen trillen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

<b>In welke mate werd u, in de afgelopen week met vandaag erbij, gehinderd door:</b>		Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
14.	nare gedachten of ideeën niet kwijt kunnen raken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15.	geen seksuele interesse meer hebben of er geen plezier aan beleven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16.	weinig puf (energie) hebben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17.	denken om er maar een einde aan te maken .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18.	trillen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19.	weinig eetlust hebben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20.	gauw huilen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21.	verstrikt zijn of gevangen voelen ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22.	zomaar plotseling schrikken of bang worden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23.	uzelf van allerlei dingen de schuld geven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24.	u eenzaam voelen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25.	het gevoel in de put te zitten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26.	te veel over de dingen piekeren ....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27.	nergens meer belangstelling in hebben .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28.	u bang voelen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	<b>In welke mate werd u, in de afgelopen week met vandaag erbij, gehinderd door:</b>	Helemaal niet	Een beetje	Nogal	Tamelijk veel	Heel erg
29.	hartkloppingen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30.	moeilijk in slaap kunnen komen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31.	een gevoel van leegte .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32.	u wanhopig over de toekomst voelen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33.	u gespannen voelen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34.	denken aan dood of sterven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35.	te vroeg wakker worden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36.	een onrustige of gestoorde slaap ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
37.	het gevoel dat alles moeite kost .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
38.	aanvallen van angst of paniek .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
39.	u zo rusteloos voelen dat u niet stil kan blijven zitten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
40.	gevoelens dat u niets waard is.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
41.	het gevoel dat iets naars u gaat overkomen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
42.	gedachten en bepaalde voorstellingen van angstige aard ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Sociale contacten

### SO.01. Hoe vindt u uw sociale contacten?

Zeer bevredigend.....  1

Vrij bevredigend.....  2

Vrij onbevredigend.....  3

Echt onbevredigend.....  4

### SO.02. Heeft u gewoonlijk contact met verwanten, kinderen, vrienden, kennissen,...?

Meer dan eens per week.....  1

Eén keer per week.....  2

Ten minste één keer per maand.....  3

Ongeveer één keer per jaar.....  4

Nooit.....  5

### SO.03. Zou u op burens, vrienden, familie kunnen rekenen, als u onverwachts hulp nodig zou hebben?

Ja.....  1

Neen.....  2

### SO.04. Is er in uw omgeving of in uw familie iemand die u in vertrouwen kan nemen, met wie u vrijuit over uw problemen kan praten?

Ja.....  1

Neen.....  2



**SO.05.** Is er in uw omgeving of in uw familie iemand die u kan helpen, als u een probleem heeft?

Ja.....  1

Neen.....  2

**SO.06.** Is u lid van een vrijetijdsvereniging zoals een jeugdbeweging, een sportclub, een recreatieve vereniging (zoals een kaartclub), een oudervereniging of een zelfhulpgroep?

Ja.....  1

Neen.....  2

**Indien u geen lid is van een vrijetijdsvereniging: ga onmiddellijk naar vraag SO.08.**

**SO.07** Hoe vaak heeft u in de loop van de afgelopen 12 maanden deelgenomen aan bijeenkomsten of activiteiten georganiseerd door deze verenigingen? Indien u lid is van verschillende verenigingen, denk dan aan deze waarin u het meest actief is.

Ten minste eenmaal per week.....  1

Ten minste eenmaal per maand.....  2

Ten minste 3 of 4 maal per jaar.....  3

Ten minste eenmaal per jaar.....  4

Helemaal niet.....  5

**SO.08.** Hoeveel goede vrienden of goede verwanten heeft u ongeveer (mensen waarbij u zich goed voelt en waarmee u kan praten over wat u bezig houdt)?

Vul het aantal goede vrienden of goede verwanten in:

--	--

**SO.09. Mensen doen soms een beroep op anderen voor het gezelschap, voor hulp of voor andere vormen van steun. Hoe vaak kan u rekenen op de volgende vormen van steun als u er nood aan heeft?**

	Nooit	Zelden	Soms	Meestal	Altijd
01. Iemand die u helpt indien u het bed moet houden .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
02. Iemand op wie u kan rekenen wanneer u iemand nodig heeft om tegen te praten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
03. Iemand van wie u goede raad kan krijgen rond een probleem .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
04. Iemand die u naar de dokter kan brengen als u die nodig heeft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
05. Iemand die u liefde en affectie geeft .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
06. Iemand met wie u een fijne tijd kan beleven .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
07. Iemand van wie u informatie kan krijgen om een situatie te begrijpen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
08. Iemand die u kan vertrouwen of waarmee u over uzelf en uw problemen kan praten .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
09. Iemand die u knuffelt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Iemand met wie u zich kan ontspannen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Iemand die uw maaltijden klaar maakt, indien u dit zelf niet kan doen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
12. Iemand wiens advies u echt wilt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Iemand die u kan helpen om uw zinnen te verzetten .	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Iemand die u helpt met het dagelijks werk, indien u ziek bent .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
15. Iemand met wie u uw meest intieme angsten en problemen kan delen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Iemand op wie u een beroep kan doen voor advies omtrent een persoonlijk probleem .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
17. Iemand met wie u iets aangenaam mee kan doen .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. Iemand die uw problemen begrijpt .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. Iemand die van u houdt en die op u gesteld is .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## Consumptie van tabak

**TA.01. Rookt u?**

- Ja, elke dag.....  1
- Ja, af en toe.....  2
- Neen.....  3

*Indien u niet rookt: ga onmiddellijk naar vraag TA.09. (pagina 12).*

**TA.02. Hoeveel sigaretten rookt u gewoonlijk gemiddeld per dag?**

- Rook geen sigaretten.....  1
- Minder dan 20.....  2
- 20 of meer.....  3

**TA.03. Hoeveel sigaren rookt u gewoonlijk gemiddeld per dag?**

- Rook geen sigaren.....  1
- Rook gewoonlijk \_\_\_\_\_ sigaren per dag

**TA.04. Hoeveel pijptabak rookt u gewoonlijk gemiddeld per week?**

- Rook geen pijp.....  1
- Rook gewoonlijk \_\_\_\_\_ gram per week

**TA.05. Op welke leeftijd is u beginnen roken (= roker geworden)?**

\_\_\_\_\_ jaar

**TA.06. Zou u kunnen zeggen dat u in vergelijking met 2 jaar geleden minder rookt?**

Ja .....  1

Neen.....  2

**TA.07. Zou u kunnen zeggen dat u in vergelijking met 2 jaar geleden meer rookt ?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**TA.08. Heeft u al eens geprobeerd te stoppen met roken?**

Ja.....  1

Neen.....  2

***Ga, na het beantwoorden van vraag TA.08., onmiddellijk naar vraag DI.01.  
(pagina 13).***

**TA.09. Heeft u vroeger ooit gerookt?**

Ja, dagelijks.....  1

Ja, af en toe.....  2

Neen.....  3

**TA.10. Hoe lang geleden stopte u met roken?**

Minder dan 2 jaar geleden.....  1

2 jaar geleden of langer.....  2

## Consumptie van andere producten

**DI.01. Heeft u zelf ooit cannabis, hasjiesj of marihuana gebruikt?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**DI.02. Heeft u de laatste 30 dagen cannabis, hasjiesj of marihuana gebruikt?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**DI.03. Heeft u zelf ooit ecstasy, speed of amfetamines gebruikt?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**DI.04. Heeft u de laatste 30 dagen ecstasy, speed of amfetamines gebruikt?**

Ja.....  1

Neen.....  2

## Voeding

**NU.01.** **Probeert u op dit ogenblik af te slanken, te verdikken of uw gewicht stabiel te houden? Of zou u eerder stellen, dat u zich daar geen zorgen over maakt?**

Ik probeer te vermageren .....  1

Ik probeer mijn gewicht stabiel te houden .....  2

Ik probeer te verdikken .....  3

Ik maak me geen zorgen over mijn gewicht .....  4

***Indien u probeert te verdikken of indien u zich geen zorgen maakt over uw gewicht, ga onmiddellijk naar vraag AL.01. (pagina16).***

**NU.02.** **Wat doet u op dit ogenblik om af te slanken of om uw gewicht te stabiel te houden?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

01. Ik let op het soort voedsel dat ik eet .....  1

02. Ik eet minder calorieën .....  1

03. Ik beweeg meer .....  1

04. Ik sla maaltijden over .....  1

05. Ik wijzig het relatief belang van de maaltijden: eet meer 's morgens dan 's avonds .....  1

06. Ik vast gedurende 24 uren of langer .....  1

07. Ik gebruik dieetproducten .....  1

08. Ik gebruik afslankingsproducten .....  1

09. Ik rook .....  1

10. Ik gebruik laxermiddelen .....  1

11. Ik neem deel aan groepsgesprekken (bijvoorbeeld Weight Watchers) .....  1

12. iets anders: wat ? \_\_\_\_\_  1

**NU.03. Wie heeft u aangeraden iets aan uw gewicht te doen?**

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk*

- 01. Huisarts .....  1
- 02. Specialist .....  1
- 03. Diëtist .....  1
- 04. Media, pers, weekbladen .....  1
- 05. Familie, vrienden of kennissen .....  1
- 06. Ik deed het op eigen initiatief .....  1
- 07. Andere: wie? \_\_\_\_\_  1

## Consumptie van alcoholische dranken

AL.01. Heeft u in de afgelopen 12 maanden, zelfs al was het maar één keer, alcoholische dranken gedronken die voorkomen in de volgende lijst:

- bier (met uitzondering van alcoholarm bier);
- wijn, sherry, porto, vermouth;
- likeur, advocaat, kir;
- gin, brandy, cognac, whisky, vodka;
- long-drinks, cocktails;
- dranken met een laag alcoholgehalte (bijvoorbeeld alcoholarm bier of «alco-pop»)?

Ja.....  1

Neen.....  2

*Indien u in de afgelopen 12 maanden geen alcoholische drank gedronken heeft, ga onmiddellijk naar vraag ON.07. (pagina 20).*

AL.02. Heeft u in de afgelopen 6 maanden ooit op één dag 6 of meer glazen (eventueel verschillende) alcoholische dranken gedronken?

Ja.....  1

Neen.....  2

AL.03. Hoe vaak heeft u de afgelopen 6 maanden op één dag 6 of meer glazen (eventueel verschillende) alcoholische dranken gedronken?

Elke dag.....  1

5 tot 6 keer per week.....  2

3 tot 4 keer per week.....  3

1 tot 2 keer per week.....  4

1 tot 3 keer per maand.....  5

3 tot 5 keer per zes maand.....  6

1 tot 2 keer per zes maand.....  7



**AL.04. Drinkt u gewoonlijk alcoholische dranken tijdens de week (maandag tot donderdag)?**

Ja.....  1

Neen.....  2

***Indien u gewoonlijk geen alcoholische dranken gebruikt tijdens de week, ga onmiddellijk naar vraag AL.07. (pagina 18).***

**AL.05. Tijdens hoeveel dagen van de week (maandag tot donderdag) drinkt u gewoonlijk alcoholische dranken?**

4 dagen.....  1

3 dagen.....  2

2 dagen.....  3

1 dag.....  4

**AL.06. Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld gedurende de dagen van de week (maandag tot donderdag) ?**

11 of meer glazen.....  1

7 tot en met 10 glazen.....  2

6 glazen.....  3

4 of 5 glazen.....  4

3 glazen.....  5

2 glazen.....  6

1 glas.....  7

**AL.07. Drinkt u gewoonlijk alcoholische dranken tijdens het weekend (vrijdag tot zondag)?**

Ja.....  1

Neen.....  2

***Indien u gewoonlijk geen alcoholische dranken gebruikt tijdens het weekend, ga onmiddellijk naar vraag AL.10. (pagina 19).***

**AL.08. Tijdens hoeveel dagen van het weekend (vrijdag tot zondag) drinkt u gewoonlijk alcoholische dranken?**

3 dagen.....  1

2 dagen.....  2

1 dag.....  3

**AL.09. Hoeveel glazen drinkt u gemiddeld tijdens de dagen van het weekend (vrijdag tot zondag)?**

11 of meer glazen.....  1

7 tot en met 10 glazen.....  2

6 glazen.....  3

4 of 5 glazen.....  4

3 glazen.....  5

2 glazen.....  6

1 glas.....  7

**AL.10. Heeft u ooit de nood gevoeld om minder te drinken?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**AL.11. Heeft u het ooit moeilijk met de kritiek op uw drinken?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**AL.12. Heeft u zich ooit schuldig gevoeld omwille van uw drinkgedrag?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**AL.13. Heeft u ooit alcohol gedronken om 's morgens echt wakker te worden?**

Ja.....  1

Neen.....  2

## Ongevallen

**ON.07.** Is u in de loop van de laatste 12 maanden het slachtoffer geweest van verbaal geweld (beledigingen, bedreigingen), lichamelijk geweld (slagen, seksueel misbruik), een inbraak, diefstal of een gewapende overval?

Ja.....  <sup>1</sup>

Neen.....  <sup>2</sup>

**ON.08.** Van welke soort geweld was u het slachtoffer en waar deed dit zich voor?

*Meerdere antwoorden zijn mogelijk.*

		Thuis	Op het werk (op school)	Elders	Niet van toepassing
01.	Verbaal geweld.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
02.	Lichamelijk geweld.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
03.	Inbraak, diefstal of gewapende overval.....	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

**ON.09.** Doet u uw veiligheidsgordel om als u vooraan in een auto zit (bestuurder of passagier)?

Altijd.....  <sup>1</sup>

Soms.....  <sup>2</sup>

Nooit.....  <sup>3</sup>

Niet van toepassing (zit nooit vooraan in een auto, maak nooit gebruik van een auto,...).....  <sup>4</sup>

**ON.10.** Doet u uw veiligheidsgordel om als u achteraan in een auto zit?

Altijd.....  <sup>1</sup>

Soms.....  <sup>2</sup>

Nooit, alhoewel er wel veiligheidsgordels achteraan aanwezig zijn.....  <sup>3</sup>

Geen veiligheidsgordels achteraan aanwezig, zit nooit achteraan in een auto, maak nooit gebruik van een auto.....  <sup>4</sup>

**ON.11.** Hoeveel glazen alcohol mag u volgens u drinken vóór het autorijden, zonder de wettelijke alcohollimiet te overschrijden?

\_\_\_\_\_ glazen

## Gemoedstoestand

Wij willen graag weten hoe gezond u zich voelt en welke klachten u in de afgelopen weken gehad heeft. Het gaat hierbij om recente klachten, dus niet klachten die u in het verleden ooit gehad heeft.

**WB.01. Heeft u zich kunnen concentreren op uw bezigheden?**

Beter dan gewoonlijk.....  1

Net zo goed als gewoonlijk.....  2

Slechter dan gewoonlijk.....  3

Veel slechter dan gewoonlijk.....  4

**WB.02. Is u door zorgen veel slaap tekort gekomen?**

Helemaal niet.....  1

Niet meer dan gewoonlijk.....  2

Wat meer dan gewoonlijk.....  3

Veel meer dan gewoonlijk.....  4

**WB.03. Heeft u het gevoel gehad zinvol bezig te zijn?**

Zinvoller dan gewoonlijk.....  1

Net zo zinvol als gewoonlijk.....  2

Minder zinvol dan gewoonlijk.....  3

Veel minder zinvol dan gewoonlijk.....  4

**WB.04. Voelde u zich in staat om beslissingen (over dingen) te nemen?**

Beter in staat dan gewoonlijk.....  1

Net zo goed in staat als gewoonlijk.....  2

Wat minder goed dan gewoonlijk.....  3

Veel minder goed in staat dan gewoonlijk  4

**WB.05. Heeft u het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?**

- Helemaal niet.....  1
- Niet meer dan gewoonlijk.....  2
- Wat meer dan gewoonlijk.....  3
- Veel meer dan gewoonlijk.....  4

**WB.06. Heeft u het gevoel gehad dat u uw moeilijkheden niet de baas kon?**

- Neen, had dat gevoel helemaal niet.....  1
- Niet minder dan gewoonlijk.....  2
- Wat minder dan gewoonlijk.....  3
- Veel minder dan gewoonlijk.....  4

**WB.07. Heeft u plezier kunnen beleven aan uw gewone, dagelijkse bezigheden?**

- Meer dan gewoonlijk.....  1
- Even veel als gewoonlijk.....  2
- Wat minder dan gewoonlijk.....  3
- Veel minder dan gewoonlijk.....  4

**WB.08. Is u in staat geweest uw problemen onder ogen te zien?**

- Beter dan gewoonlijk.....  1
- Net zo goed als gewoonlijk.....  2
- Minder goed dan gewoonlijk.....  3
- Veel minder goed dan gewoonlijk.....  4

**WB.09. Heeft u zich ongelukkig en neerslachtig gevoeld?**Helemaal niet.....  1Niet meer dan gewoonlijk.....  2Wat meer dan gewoonlijk.....  3Veel meer dan gewoonlijk.....  4**WB.10. Is u het vertrouwen in uzelf kwijtgeraakt?**Helemaal niet.....  1Niet meer dan gewoonlijk.....  2Wat meer dan gewoonlijk.....  3Veel meer dan gewoonlijk.....  4**WB.11. Heeft u zich als een waardeloos iemand beschouwd?**Helemaal niet.....  1Niet meer dan gewoonlijk.....  2Wat meer dan gewoonlijk.....  3Veel meer dan gewoonlijk.....  4**WB.12. Heeft u zich alles bij elkaar redelijk gelukkig gevoeld?**Gelukkiger dan gewoonlijk.....  1Even gelukkig als gewoonlijk.....  2Minder gelukkig dan gewoonlijk.....  3Veel minder gelukkig dan gewoonlijk.....  4

## Patiëntentevredenheid

**PS.01. Heeft u in de afgelopen 12 maanden voor uzelf een huisarts gecontacteerd?**

Ja.....  <sup>1</sup>

Neen.....  <sup>2</sup>

***Indien u in de afgelopen 12 maanden geen huisarts contacteerde, ga onmiddellijk naar PS.03.***

**PS.02. Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van uw huisarts als het gaat om ...**

	Slecht		Uitstekend			Niet van toepassing
	1	2	3	4	5	6
01. naar u te luisteren? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02. het snel verlichten van uw klachten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03. u te vertellen wat u wilde weten over uw klacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04. u voor te bereiden op wat u kunt verwachten van de specialist of het ziekenhuis? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05. de wachttijd in de wachtkamer .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PS.03. Heeft u tijdens de afgelopen 12 maanden voor uzelf een geneesheer specialist gecontacteerd? (Let op, contacten met een specialist tijdens een ziekenhuisopname niet meerekenen).**

Ja.....  <sup>1</sup>

Neen.....  <sup>2</sup>

***Indien u in de afgelopen 12 maanden geen specialist contacteerde, ga onmiddellijk naar PR.01. (pagina 26).***



**PS.04. Welke soort specialist(-e) heeft u het laatst gecontacteerd?**

- |   |                          |    |                                 |                          |    |
|---|--------------------------|----|---------------------------------|--------------------------|----|
| Internist.....                                    | <input type="checkbox"/> | 01 | Gynaecoloog (vrouwenarts) ..... | <input type="checkbox"/> | 10 |
| Cardioloog .....                                  | <input type="checkbox"/> | 02 | Kinderarts .....                | <input type="checkbox"/> | 11 |
| Geriatr .....                                     | <input type="checkbox"/> | 03 | Longspecialist .....            | <input type="checkbox"/> | 12 |
| Oncoloog .....                                    | <input type="checkbox"/> | 04 | Neuroloog .....                 | <input type="checkbox"/> | 13 |
| Reumatoloog .....                                 | <input type="checkbox"/> | 05 | Orthopedisch specialist .....   | <input type="checkbox"/> | 14 |
| Dermatoloog huidspecialist) .....                 | <input type="checkbox"/> | 06 | Chirurg .....                   | <input type="checkbox"/> | 15 |
| Neus-, keel-, oorspecialist .....                 | <input type="checkbox"/> | 07 | Psychiater .....                | <input type="checkbox"/> | 16 |
| Oogspecialist .....                               | <input type="checkbox"/> | 08 | Uroloog .....                   | <input type="checkbox"/> | 17 |
| Gastro-enteroloog (maag-<br>darmspecialist) ..... | <input type="checkbox"/> | 09 | Andere specialist .....         | <input type="checkbox"/> | 18 |
|   |                          |    | Namelijk :                      |                          |    |
- 

**PS.05. Als u terugkijkt naar de afgelopen 12 maanden, wat vindt u dan van deze specialist als het gaat om ...**

	Slecht					Uitstekend	Niet van toepassing
	1	2	3	4	5		6
01. naar u te luisteren? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
02. het snel verlichten van uw klachten? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
03. u te vertellen wat u wilde weten over uw klacht? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
04. u voor te bereiden op wat u kunt verwachten van een andere specialist of het ziekenhuis? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
05. de wachttijd in de wachtkamer? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## Preventie

### Bloeddruk

**PR.01. Werd uw bloeddruk wel eens gecontroleerd?**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

**PR.02. Wanneer werd uw bloeddruk voor het laatst gecontroleerd?**

Minder dan 1 jaar geleden.....  1

1 jaar of langer geleden, maar minder dan 2 jaar.....  2

2 jaar of langer geleden, maar minder dan 5 jaar.....  3

Meer dan 5 jaar geleden.....  4

Ik weet het niet.....  9

**PR.03. Heeft men u ooit, bij de controle van uw bloeddruk, gezegd dat u een verhoogde bloeddruk had?**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

### Cholesterol

**PR.04. Heeft men ooit het cholesterolgehalte in uw bloed gemeten?**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

**PR.05. Wanneer werd voor het laatst het cholesterolgehalte in uw bloed gemeten?**

- Minder dan 1 jaar geleden.....  1
- 1 jaar of langer geleden, maar minder dan 2 jaar.....  2
- 2 jaar of langer geleden, maar minder dan 5 jaar.....  3
- Meer dan 5 jaar geleden.....  4
- Ik weet het niet.....  9

**PR.06. Heeft men u ooit, bij het meten van het cholesterolgehalte in uw bloed, gezegd dat dit te hoog was?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

**PR.07. Volgt u een behandeling aanbevolen door een arts om het cholesterolgehalte in uw bloed te verminderen?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

**PR.08. Heeft deze arts u aangeraden ...**

- |   | Ja                         | Neen                       |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 01. meer lichamelijke oefeningen te doen? .....     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. te vermageren? .....                            | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. minder vet te eten? .....                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. een voorgeschreven geneesmiddel te nemen? ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. andere, verklaar nader: _____                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

## Suiker in het bloed

**PR.09. Heeft men ooit het suikergehalte in uw bloed gemeten?**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

**PR.10. Wanneer werd voor het laatst het suikergehalte in uw bloed gemeten?**

Minder dan 1 jaar geleden.....  1

1 jaar of langer geleden, maar minder dan 2 jaar.....  2

2 jaar of langer geleden, maar minder dan 5 jaar.....  3

Meer dan 5 jaar geleden.....  4

Ik weet het niet.....  9

**PR.11. Heeft men u ooit, bij het meten van het suikergehalte in uw bloed, gezegd dat dit te hoog was?**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

## Gezondheid en seksualiteit

**RH.01.** Heeft u in de afgelopen 12 maanden seksuele betrekkingen gehad?

Ja.....  1

Neen.....  2

**RH.02.** Gebruikte u of uw partner in de afgelopen 12 maanden een methode van geboortebeperving (om een zwangerschap te vermijden)?

Ja.....  1

Neen.....  2

*Indien u of uw partner in de afgelopen 12 maanden geen methode van geboortebeperving heeft gebruikt, ga onmiddellijk naar vraag RH.04. (pagina 30).*

**RH.03.** Welke methode van geboortebeperving heeft u of uw partner het meest gebruikt tijdens de afgelopen 12 maanden?

Pil.....  1

Prikpil (zoals Depo-Provera).....  2

Spiraaltje.....  3

Morning after pil.....  4

Diafragma.....  5

Condoom.....  6

Periodieke onthouding.....  7

Terugtrekken.....  8

Sterilisatie van de vrouw.....  9

Sterilisatie van de man.....  10

Andere methode, welke: \_\_\_\_\_  11

RH.04. Gebruikte u of uw partner in de afgelopen 12 maanden een methode om zich tegen seksueel overdraagbare aandoeningen te beschermen?

Ja.....  1

Neen.....  2

**Vrouwen:** *Indien u geen methode heeft gebruikt om u tegen seksueel overdraagbare aandoeningen te beschermen, ga onmiddellijk naar de volgende module (pagina 31).*

**Mannen:** *Indien u geen methode heeft gebruikt om u tegen seksueel overdraagbare aandoeningen te beschermen, ga onmiddellijk naar de laatste module (pagina 37).*

RH.05. Indien u of uw partner in de afgelopen 12 maanden een methode hebt gebruikt om zich tegen seksueel overdraagbare aandoeningen te beschermen, geef dan aan welke methode u het meest gebruikte?

Condoom voor mannen.....  1

Condoom voor vrouwen.....  2

Vermijden van oraal seksueel contact.....  3

Vermijden van vaginaal seksueel contact.....  4

Vermijden van anaal seksueel contact.....  5

Andere methode, welke : \_\_\_\_\_  6

## Kankeropsporing

*Let op!*

**De vragen rond kankeropsporing richten zich enkel tot vrouwen. Mannen dienen rechtstreeks naar de laatste module van de vragenlijst te gaan op pagina 37.**

**SC.01. Heeft u ooit zelf uw borsten onderzocht om een abnormaliteit vast te stellen?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**SC.02. Wanneer heeft u voor het laatst uw borsten zelf onderzocht?**

Minder dan 1 maand geleden.....  1

1 maand geleden of langer, maar minder dan 1 jaar.....  2

1 jaar geleden of langer.....  3

Ik weet het niet.....  9

**SC.03. Heeft u ooit uw borsten laten onderzoeken door een arts? (geen echografie of mammografie)**

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

**SC.04. Wanneer heeft u voor het laatst uw borsten laten onderzoeken door een arts?**

Minder dan 1 jaar geleden.....  1

1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar.....  2

2 jaar geleden of langer.....  3

Ik weet het niet.....  9

**SC.05. Wanneer heeft u voor het laatst een gynaecoloog bezocht?**

- Minder dan 1 jaar geleden.....  1
- 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaar.....  2
- 2 jaar geleden of langer.....  3
- Ik weet het niet.....  9

**SC.06. Heeft u reeds een mammografie (radiografie van de borsten) gehad?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

***Indien u nooit een mammografie gehad heeft, ga onmiddellijk naar vraag SC.10.  
(pagina 33)***

**SC.07. Wanneer heeft u voor het laatst een mammografie gehad?**

- Minder dan 1 jaar geleden.....  1
- 1 jaar geleden of langer, maar minder dan 2 jaren.....  2
- 2 jaar geleden of langer.....  3
- Ik weet het niet.....  9

**SC.08. Wanneer (in welk jaar) heeft u voor het laatst een mammografie gehad?**

\_\_\_\_\_



**SC.09. Om welke reden heeft u deze mammografie gehad?**

- |  | Ja                         | Neen                       |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Op aanraden van uw huisarts, zonder dat er een klacht of abnormaliteit was .....                     | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Op aanraden van uw gynaecoloog, zonder dat er een klacht of abnormaliteit was .....                  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Borstkanker(-s) bij familieleden .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. U heeft reeds een borstkyste, een borsttumor, borstkanker of een Operatie aan de borsten gehad ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Opvolging van een vorig onderzoek .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Pijn aan de borsten .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. U heeft zelf een abnormaliteit in uw borst vastgesteld (b.v. een knobbeltje) .....                   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 08. Uw arts heeft een abnormaliteit in uw borst opgemerkt tijdens een onderzoek .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 09. Naar aanleiding van een uitnodigingsbrief .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 10. Andere reden, welke: _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**SC.10. Heeft u in de afgelopen 2 jaar een uitnodigingsbrief gekregen voor een (mammografisch) borstkankeronderzoek?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

***Indien u geen uitnodigingsbrief voor een mammografisch borstonderzoek gekregen heeft, ga onmiddellijk naar vraag SC.13. (pagina 34).***

**SC.11. Heeft u naar aanleiding van deze uitnodigingsbrief een (mammografisch) borstkankeronderzoek laten uitvoeren?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2

**SC.12. Waarom heeft u geen (mammografisch) borstkankeronderzoek laten uitvoeren naar aanleiding van deze uitnodigingsbrief?**

- |  | Ja                         | Neen                       |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 01. Omdat ik kort ervoor reeds dit onderzoek had ondergaan .....                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Omdat ik geen tijd had .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Omdat zo'n onderzoek te veel kost .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Omdat ik dit niet nodig vind .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Omdat ik zo'n onderzoek niet aangenaam vind .....                                      | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Omdat ik reeds een chirurgische ingreep met amputatie van de borst heb ondergaan ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Omwille van een andere redenen: Welke? _____   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**SC.13. Heeft u een chirurgische ingreep ondergaan waarbij de baarmoederhals (en eventueel de baarmoeder) werd verwijderd?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

**SC.14. Heeft u reeds een uitstrijkje (een opsporingsonderzoek naar baarmoederhalskanker) laten uitvoeren?**

- Ja.....  1
- Neen.....  2
- Ik weet het niet.....  9

**Indien u nooit een uitstrijkje heeft laten uitvoeren, ga rechtstreeks naar vraag SC.17. (pagina 35).**

**SC.15. Wanneer heeft u voor het laatst een uitstrijkje laten uitvoeren?**

- Minder dan een jaar geleden.....  1
- Een jaar geleden of langer, maar minder dan 3 jaar.....  2
- 3 jaar geleden of langer, maar minder dan 5 jaar.....  3
- Meer dan 5 jaar geleden.....  4
- Ik weet het niet.....  9

**SC.16. Wat was de reden voor het uitvoeren van een uitstrijkje?**

- |   | Ja                         | Neen                       |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 01. Opvolging van een voorgaand onderzoek .....                           | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Abnormaal bloeden .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. U had zelf een andere abnormaliteit vastgesteld .....                 | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Uw arts heeft een abnormaliteit opgemerkt tijdens een onderzoek ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. U had reeds een kanker aan de baarmoederhals .....                    | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Naar aanleiding van een uitnodigingsbrief .....                       | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Andere redenen, welke: _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

***Ga, na het beantwoorden van vraag SC.16. onmiddellijk naar vraag SC.18.  
(pagina 36).***

**SC.17. Waarom heeft u in de laatste 3 jaar geen uitstrijkje laten nemen voor opsporingsonderzoek naar baarmoederhalskanker?**

- |   | Ja                         | Neen                       |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 01. Omdat ik geen tijd had .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Omdat zo'n onderzoek te veel kost .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Omdat ik dit niet nodig vind.....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Omdat is zo'n onderzoek onaangenaam vind .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Omdat ik reeds een chirurgische ingreep met verwijdering van de baarmoederhals (en eventueel de baarmoeder) heb ondergaan ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Vanwege andere redenen, welke: _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**SC.18.** Heeft u in de laatste 3 jaar een uitnodigingsbrief gekregen waarin u aangeraden werd om een uitstrijkje te laten nemen voor de opsporing van baarmoederhalskanker?

Ja.....  1

Neen.....  2

Ik weet het niet.....  9

*Als u geen uitnodigingsbrief heeft gekregen, ga onmiddellijk naar vraag SU.01.  
(pagina 37).*

**SC.19.** Heeft u naar aanleiding van deze uitnodigingsbrief een opsporingsonderzoek laten uitvoeren?

Ja.....  1

Neen.....  2

**SC.20.** Waarom heeft u geen uitstrijkje voor opsporingsonderzoek naar baarmoederhalskanker laten nemen naar aanleiding van deze uitnodigingsbrief?

- |   | Ja                         | Neen                       |
|---|----------------------------|----------------------------|
| 01. Omdat ik kort ervoor reeds dit onderzoek had ondergaan .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 02. Omdat ik geen tijd had .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 03. Omdat zo'n onderzoek te veel kost .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 04. Omdat ik zo'n onderzoek niet nodig vind .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 05. Omdat is zo'n onderzoek onaangenaam vind .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 06. Omdat ik reeds een chirurgische ingreep met verwijdering van de baarmoederhals (en eventueel de baarmoeder) heb ondergaan ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |
| 07. Vanwege andere redenen, welke: _____  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 |

**Om te eindigen hadden we u graag nog enkele vragen gesteld over de vragenlijst.**

**SU.01. Vond u de vragen moeilijk?**

Zeer moeilijk .....  1

Eerder moeilijk .....  2

Niet moeilijk, niet gemakkelijk .....  3

Eerder gemakkelijk .....  4

Zeer gemakkelijk .....  5

**SU.02. Vond u de vragen te persoonlijk of te intiem?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**SU.03. Hoeveel tijd had u nodig om deze vragenlijst in te vullen?**

\_\_\_\_\_ minuten

**SU.04. Vond u dit deel van de bevraging te lang?**

Ja.....  1

Neen.....  2

**DANK U VOOR UW MEDEWERKING**

BIJKOMENDE INLICHTINGEN :

Mr. S. Demarest  
Mr. J. Van der Heyden  
Mr. H. Van Oyen

Afdeling Epidemiologie  
Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid  
Juliette Wytsmanstraat 14  
1050 Brussel

Tel: 02/642.57.94  
02/642.57.26

e-mail: [his@iph.fgov.be](mailto:his@iph.fgov.be)  
<http://www.iph.fgov.be/epidemio/epinl/index0.htm>

27 maart 2001