

ALGEMENE GEGEVENS

A1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

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

A2. Wat is uw geboortedatum?

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

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

 <hr/>

A4. Wat is uw lengte?

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

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

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

A6. Wat is uw huidige burgerlijke staat?

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

A7. Verricht u momenteel betaalde werkzaamheden?

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

A8. Hoeveel uur per week verricht u betaalde werkzaamheden?

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

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

 <hr/>

=> ga naar vraag A13



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

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

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

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

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

A13. Heeft u (deels) een arbeidsongeschiktheidsuitkering?

- nee
- ja, deels
- ja, geheel

GEZONDHEID EN ZIEKTE

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

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

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

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

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

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

	aandoening	aandoening ooit vastgesteld door een arts	op leeftijd	op dit moment onder behandeling	in de afgelopen 3 maanden opgenomen
G E W R I C H T E N	reumatoïde artritis of chronisch gewrichtsreuma	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="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
	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



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

B2. Bent u ooit aan uw schildklier geopereerd?

nee => *ga naar vraag B4*

ja

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

goedaardig

kwaadaardig

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

nee => *ga naar vraag B6*

ja

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

- goedaardig
- kwaadaardig

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

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

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

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

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

- nee
- ja
- weet niet

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

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



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

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

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

nee

ja

niet van toepassing (mannen)



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

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

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

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

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

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

B13. Heeft u ooit een hersenschudding of hersenkneuzing opgelopen?

nee => ga naar vraag C1

ja, 1 keer

ja, meerdere keren

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

nee

ja, 1 keer

ja, meerdere keren

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

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

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

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

--	--	--	--

B17. Was deze hersenschudding of hersenkneuzing het gevolg van:

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

verkeersongeluk: anders, namelijk

--

andere oorzaak, namelijk

--

B18. Bent u bewusteloos (in coma) geweest?

- nee => *ga naar vraag C1*
- ja

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

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

ZWANGERSCHAP

C1. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

LET OP: Indien u een vrouw bent gaan de vragen C2 t/m C17 over uzelf. Indien u een man bent, gaan deze vragen over uw huidige of vroegere echtgenote of vriendin. Heeft u meerdere relaties gehad? Dan bedoelen we de echtgenote of vriendin waarmee u de laatste zwangerschap heeft meegemaakt. Als u nooit een vrouwelijke partner gehad heeft, kruist u bij vraag C2 "niet van toepassing" aan .

C2. Bent u of is uw partner ooit zwanger geweest?

(Een huidige zwangerschap en een zwangerschap die eindigde in een doodgeboren kindje, miskraam, buitenbaarmoederlijke zwangerschap of abortus tellen ook mee)

- nee
 ja => ga naar vraag C8
 niet van toepassing => ga naar vraag D1 op pagina 20

C3. Heeft u of uw partner ooit geprobeerd zwanger te worden?

- nee => ga naar vraag D1 op pagina 20
 ja

C4. Wanneer was de eerste periode waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

(Gerekend vanaf het moment dat u of uw partner stopte met het gebruik van een voorbehoedmiddel of bewust ging proberen zwanger te worden tot het moment dat u of uw partner weer een voorbehoedmiddel ging gebruiken)

vanaf

--	--

 maand

--	--	--	--

 jaar tot

--	--

 maand

--	--	--	--

 jaar

C5. Heeft u en/of uw partner in die periode een medische behandeling gehad, omdat het niet lukte zwanger te worden?

- nee => ga naar vraag C7
 ja

C6. Welke medische behandeling(en) heeft u en/of uw partner toen gehad?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- hormoonbehandeling
 IVF (reageerbuisbevruchting)
 ICSI (reageerbuisbevruchting met injectie van de zaadcel in de eicel)
 KI of IUI (het zaad wordt kunstmatig in de vagina of de baarmoeder gebracht)
 KID (donorzaad wordt kunstmatig in de vagina gebracht)
 andere behandeling, namelijk

--



C7. Wilt u de eerste datum (maand en jaar) die u heeft ingevuld bij vraag C4 hieronder nogmaals noteren?

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

maand jaar

=> Deze maand noemen we in het vervolg van de vragenlijst 'de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden'.

=> Sla nu de vragen C8 t/m C17 over en ga verder naar vraag C18.

C8. Wanneer was u of uw partner voor de **eerste** keer zwanger?
(Dit kan ook een zwangerschap zijn die eindigde in een doodgeboren kindje, miskraam, buitenbaarmoederlijke zwangerschap of abortus. Als de huidige zwangerschap de eerste is, vul dan alleen in vanaf wanneer u of uw partner zwanger is)

vanaf

--	--

 maand

--	--	--	--

 jaar tot

--	--

 maand

--	--	--	--

 jaar

C9. Bent u of is uw partner vóór deze **eerste** zwangerschap gestopt met het gebruik van voorbehoedmiddelen met de bedoeling zwanger te worden?

- gebruikte geen voorbehoedmiddel
- nee
- ja

C10. Bent u of is uw partner bij deze eerste zwangerschap onverwacht zwanger geworden?

- nee
- ja

C11. Hoeveel maanden duurde het bij de eerste zwangerschap voordat u of uw partner zwanger was?
(Gerekend vanaf het moment dat u stopte met het gebruik van een voorbehoedmiddel of bewust ging proberen zwanger te worden)

--	--

 maanden *(Als u of uw partner onverwacht zwanger werd, kunt u 0 invullen)*
(Als u het niet precies weet, probeer dan een schatting te geven)

C12. Wanneer bent u of is uw partner begonnen met proberen zwanger te worden bij de **eerste** zwangerschap?

(Noteer het moment dat u of uw partner stopte met het gebruik van een voorbehoedmiddel of bewust ging proberen zwanger te worden. Als u of uw partner onverwacht zwanger werd, noteert u de maand en het jaar waarin de zwangerschap begon)

vanaf

--	--

 maand

--	--	--	--

 jaar

=> Deze maand noemen we in het vervolg van de vragenlijst 'de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden'.

C13. Is de **eerste** zwangerschap op natuurlijke wijze ontstaan of heeft u en/of uw partner hiervoor een medische behandeling gehad?

- op natuurlijke wijze => ga naar vraag C16
- met medische behandeling



C14. Welke medische behandeling(en) heeft u en/of uw partner toen gehad?

(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

hormoonbehandeling

IVF (reageerbuisbevruchting)

ICSI (reageerbuisbevruchting met injectie van de zaadcel in de eicel)

KI of IUI (het zaad wordt kunstmatig in de vagina of de baarmoeder gebracht)

KID (donorzaad wordt kunstmatig in de vagina gebracht)

andere behandeling, namelijk

C15. Welke van deze behandelingen heeft uiteindelijk tot de **eerste** zwangerschap geleid?

geen, omdat de zwangerschap toch op natuurlijke wijze is ontstaan

behandeling:

(naam behandeling)

C16. Waarin eindigde de **eerste** zwangerschap?

ik ben of mijn partner is nu nog voor de eerste keer zwanger

levendgeboren kind

levendgeboren twee- of meerling

doodgeboren kind (vanaf 20 weken zwangerschap)

miskraam (vóór 20 weken zwangerschap)

afgebroken zwangerschap wegens

(bijv. buitenbaarmoederlijke zwangerschap of ongewenste zwangerschap)

C17. Indien u een of meerdere levendgeboren kinderen gekregen heeft bij de **eerste** zwangerschap, wilt u dan hieronder de geboortedatum en het geslacht noteren?

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			-	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			-	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
<i>dag</i>		<i>maand</i>	<i>jaar</i>									

jongen(s) / meisje(s)

LET OP: De vragen C18 t/m C28 gaan over uzelf en over de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden (zie vraag C7 of C12).

C18. Wat was ongeveer uw gewicht in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				kilogram

C19. Rookte u in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja => Hoeveel sigaretten, shaggies of sigaren per dag?

--	--

per dag



C20. Dronk u weleens alcoholhoudende drank in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden? (Bijv. wijn, bier, likeur of sterke drank)

nee

ja => Hoeveel glazen gemiddeld **per week**? per week

C21. Dronk u weleens koffie **met cafeïne** in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja => Hoeveel kopjes koffie met cafeïne **per dag**? per dag

C22. Gebruikte u multivitaminen, 'zwangerschapsvitaminen' of foliumzuur in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja, multivitaminen of 'zwangerschapsvitaminen'

ja, foliumzuur

ja, foliumzuur én multivitaminen of 'zwangerschapsvitaminen'

C23. Gebruikte u medicijnen voorgeschreven door een arts in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja => Welke medicijnen of waarvoor?

C24. Werkte u buitenshuis in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee => ga naar vraag C29

ja

C25. Waar werkte u toen? (Bijv. "bij een tuinbouwbedrijf waar tomaten geteeld werden" of "bij een supermarkt")

C26. Wat was toen uw functie? (Bijv. "tomatenplukster en -inpakster" of "verkoper op de vleeswarenafdeling")



C27. Wat waren uw belangrijkste dagelijkse werkzaamheden in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?
(Bijv. "plukken van tomaten, gewasverzorging, breken van het blad, sorteren en inpakken van de tomaten voor de veiling" of "bedienen van de kassa, vakken vullen, artikelen prijzen, op orde houden van de winkel etc.")

C28. Hoeveel uur per week werkte u toen in die functie?

--	--

 uur per week

LET OP: De vragen C29 t/m C39 gaan over uw partner en over de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden (zie vraag C7 of C12). Vraag indien mogelijk uw partner om de vragen samen met u in te vullen.

C29. Wat was ongeveer uw partner's gewicht in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

--	--	--

 kilogram

C30. Rookte uw partner in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja => Hoeveel sigaretten, shaggies of sigaren per dag?

--	--

 per dag

C31. Dronk uw partner weleens alcoholhoudende drank in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden? (Bijv. wijn, bier, likeur of sterke drank)

nee

ja => Hoeveel glazen gemiddeld **per week**?

--	--

 per week

C32. Dronk uw partner weleens koffie **met cafeïne** in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

nee

ja => Hoeveel kopjes koffie met cafeïne **per dag**?

--	--

 per dag



C33. Gebruikte uw partner multivitaminen, 'zwangerschapsvitaminen' of foliumzuur in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

- nee
- ja, multivitaminen of 'zwangerschapsvitaminen'
- ja, foliumzuur
- ja, foliumzuur én multivitaminen of 'zwangerschapsvitaminen'

C34. Gebruikte uw partner medicijnen voorgeschreven door een arts in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

- nee
- ja => Welke medicijnen of waarvoor?

C35. Werkte uw partner buitenshuis in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?

- nee => ga naar vraag C29
- ja

C36. Waar werkte uw partner toen? (Bijv. "bij een tuinbouwbedrijf waar tomaten geteeld werden" of "bij een supermarkt")

C37. Wat was toen uw partner's functie? (Bijv. "tomatenplukster en -inpakster" of "verkoper op de vleeswarenafdeling")



- C38. Wat waren toen uw partner's belangrijkste dagelijkse werkzaamheden in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?
 (Bijv. "plukken van tomaten, gewasverzorging, breken van het blad, sorteren en inpakken van de tomaten voor de veiling" of "bedienen van de kassa, vakken vullen, artikelen prijzen, op orde houden van de winkel etc.")

- C39. Hoeveel uur per week werkte uw partner toen in die functie?

--	--

 uur per week

- C40. Wilt u nu in de tabel aangeven of **u én uw partner** met onderstaande producten of chemische stoffen werkten in de **eerste maand** waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?
Let op: alléén gebruik tijdens het werk.

product of chemische stof	Uzelf		uur per week	Uw partner		uur per week
Cosmetische producten <i>(zoals haarlak, haarverf, nagellak, crèmes, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Röntgenstraling <i>(bij het maken van röntgenfoto's)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Anaesthetica (<i>narcosemiddelen</i>) - of patiënten die anaesthetica kregen toegediend	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Cytostatica (<i>chemotherapie</i>) - of patiënten die cytostatica kregen toegediend	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Desinfecterende of ontsmettingsmiddelen <i>(zoals alcohol, formaldehyde, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Huishoudelijke schoonmaakmiddelen <i>(zoals allesreiniger, chloor, schuurmiddel, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Industriële schoonmaakmiddelen, ontvetters en oplosmiddelen <i>(zoals toluen, MEK, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Kledingreinigingsmiddelen <i>(in een stomerij of chemische wasserij)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Verf, lak, lijm, drukinkt en verfverduuners	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Chemische bestrijdingsmiddelen <i>(tegen insecten, onkruid, schimmels, etc.)</i>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>



product of chemische stof	Uzelf	uur per week	Uw partner	uur per week
Zware metalen (zoals lood, kwik en cadmium)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andere metalen (zoals ijzer, aluminium, koper en chroom)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>
Lasdampen (bij lassen of solderen)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>
Uitlaatgassen (zoals op een laadperron of door vorkheftrucks)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>
Stof dat vrijkwam bij productieprocessen (zoals bij verwerking van papier, textiel of graan)	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>
Andere chemische stoffen, namelijk	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> <input type="text"/>

C41. Wilt u tenslotte aankruisen welke dingen er veranderd zijn in de **totale periode** waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden (vóór de **eerste** zwangerschap) ten opzicht van de situatie in de eerste maand waarin u of uw partner probeerde zwanger te worden?
(Meerdere antwoorden zijn mogelijk)

Ik ben:	Mijn partner is:
<input type="checkbox"/> Meer dan 5 kilo afgevallen	<input type="checkbox"/> Meer dan 5 kilo afgevallen
<input type="checkbox"/> Meer dan 5 kilo aangekomen	<input type="checkbox"/> Meer dan 5 kilo aangekomen
<input type="checkbox"/> Meer gaan roken	<input type="checkbox"/> Meer gaan roken
<input type="checkbox"/> Minder gaan roken	<input type="checkbox"/> Minder gaan roken
<input type="checkbox"/> Gestopt met roken	<input type="checkbox"/> Gestopt met roken
<input type="checkbox"/> Meer alcohol gaan drinken	<input type="checkbox"/> Meer alcohol gaan drinken
<input type="checkbox"/> Minder alcohol gaan drinken	<input type="checkbox"/> Minder alcohol gaan drinken
<input type="checkbox"/> Gestopt met alcohol drinken	<input type="checkbox"/> Gestopt met alcohol drinken
<input type="checkbox"/> Meer koffie gaan drinken	<input type="checkbox"/> Meer koffie gaan drinken
<input type="checkbox"/> Minder koffie gaan drinken	<input type="checkbox"/> Minder koffie gaan drinken
<input type="checkbox"/> Gestopt met koffie drinken	<input type="checkbox"/> Gestopt met koffie drinken
<input type="checkbox"/> Begonnen met het slikken van foliumzuur of multivitaminen	<input type="checkbox"/> Begonnen met het slikken van foliumzuur of multivitaminen
<input type="checkbox"/> Gestopt met het slikken van foliumzuur of multivitaminen	<input type="checkbox"/> Gestopt met het slikken van foliumzuur of multivitaminen
<input type="checkbox"/> Begonnen met buitenshuis werken	<input type="checkbox"/> Begonnen met buitenshuis werken
<input type="checkbox"/> Gestopt met buitenshuis werken	<input type="checkbox"/> Gestopt met buitenshuis werken
<input type="checkbox"/> Veranderd van werk	<input type="checkbox"/> Veranderd van werk
<input type="checkbox"/> Er is niets veranderd	<input type="checkbox"/> Er is niets veranderd
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing (totale periode = eerste maand)	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing (totale periode = eerste maand)



STEMMING EN GEDRAG

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

nee

ja, een keer

=>

Leeftijd eerste depressie: jaar

ja, meerdere keren =>

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

nee

ja

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

nee

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

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

nee

ja

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

nee

ja

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

nee

ja



D7. Zijn bij uw **eerstegraads** bloedverwanten (ouders, broers, zussen of kinderen) ooit andere psychiatrische stoornissen of ziektes vastgesteld?

nee

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

LET OP: Vragen D8 t/m D29 bestaan uit een aantal uitspraken die in groepen bij elkaar staan. Leest u iedere groep aandachtig door. Kruis dan in elke groep de uitspraak aan die het best weergeeft hoe u zich de afgelopen week, met vandaag erbij, gevoeld heeft. Als in een groep meerdere uitspraken even goed op u van toepassing lijken, kruis dan elk van deze uitspraken aan.

- D8. ik voel me niet verdrietig
 ik voel me verdrietig
 ik ben voortdurend verdrietig en ik kan het niet van me afzetten
 ik ben zó verdrietig of ongelukkig, dat ik het niet meer verdragen kan

- D9. ik ben niet bijzonder moedeloos over de toekomst
 ik ben moedeloos over de toekomst
 ik heb het gevoel dat ik niets heb om naar uit te kijken
 ik heb het gevoel dat de toekomst hopeloos is en dat er geen kans op verbetering is

- D10. ik voel me geen mislukkeling
 ik heb het gevoel dat ik vaker iets verkeerd heb gedaan dan een gemiddeld iemand
 als ik op mijn leven terugkijk, zie ik alleen maar een hoop mislukkingen
 ik heb het gevoel dat ik als mens een volledige mislukking ben

- D11. ik beleef overal net zoveel plezier aan als vroeger
 ik geniet niet meer zo als vroeger
 ik vind nergens nog echte bevrediging in
 ik heb nergens meer voldoening van; ik vind alles vervelend



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



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



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

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

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

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



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



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



STEMMING EN GEDRAG

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

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

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

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

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

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

17225



