

Geachte heer/mevrouw,

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst van de Nijmegen Biomedische Studie wilt invullen!

De vragenlijst bestaat uit de volgende onderdelen:

- algemene gegevens
- leefgewoonten
- gezondheid en ziekte
- zwangerschap
- gezinssamenstelling en medische voorgeschiedenis
- menstruatie en menopauze
- toestemmingsvragen

Leest u de vragen eerst rustig en aandachtig door voordat u antwoord geeft. Probeer elke vraag te beantwoorden, ook als u zich iets moeilijk kunt herinneren. Soms kunt u een aantal vragen overslaan, volg dan de aanwijzing.

Wij realiseren ons dat sommige vragen misschien moeilijk voor u zijn om in te vullen, omdat ze over ziekte en sterfte gaan. Ook vindt u enkele vragen misschien te persoonlijk. Wij willen benadrukken dat de verwerking van de vragenlijst zeer vertrouwelijk gebeurt. Als u deze vragen toch niet wilt beantwoorden, dan kunt u ze gewoon overslaan.

Bij sommige vragen vindt u meerdere antwoordmogelijkheden. U wordt verzocht het antwoord aan te kruisen dat voor u het meest van toepassing is. Bij andere vragen kunt u uw antwoord op een stippelijntje noteren. Aan het einde van de vragenlijst kunt u eventuele aanvullingen en opmerkingen noteren.

De vragenlijst is behoorlijk lang. Het is onze ervaring dat de meeste mensen ongeveer 45 minuten nodig hebben om de vragenlijst volledig in te vullen. Sommige mensen zullen echter meer tijd nodig hebben om het gedeelte over gezondheid en ziekte in te vullen. In dat geval is het raadzaam om een pauze in te lassen.

Wij vragen u om na het invullen de vragenlijst terug te sturen in de bijgevoegde antwoordenvolp. U hoeft geen postzegel te plakken.

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

ALGEMENE GEGEVENS

1. Op welke datum vult u deze vragenlijst in?

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

 -

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

 -

2	0				
---	---	--	--	--	--

dag maand jaar

2. Wat is uw geboortedatum?

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

 -

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

 -

1	9				
---	---	--	--	--	--

dag maand jaar

3. Wat is uw geslacht?

- man
 vrouw

4. Wat is uw lengte?

--	--	--	--

 centimeter

5. Wat is uw gewicht?

(indien u zwanger bent hier graag uw gewicht van vóór deze zwangerschap invullen)

--	--	--	--

 kilogram

6. Hoe voert u uw huishouden?

- als alleenstaande
 als alleenstaande met kind(eren)
 met echtgenoot / -note of partner
 met echtgenoot / -note of partner en kind(eren)
 inwonend bij ouders / familie / kennissen
 anders, nl.

7. Uit hoeveel personen bestaat uw huishouden?

--	--	--

 personen

8. Wat is de hoogste schoolopleiding die u met een diploma heeft afgerond?

- lager onderwijs (*basisonderwijs*)
 lager beroepsonderwijs (*LBO, bijv. LTS, LAS, LHNO, VBO, LEAO*)
 middelbaar algemeen onderwijs (*bijv. ULO, MULO, MAVO, LAVO, VGLO*)
 middelbaar beroepsonderwijs (*MBO, bijv. MDGO, MAS, MTS, MEAO*)
 hoger voortgezet onderwijs (*bijv. HAVO, VWO, MMS, HBS, atheneum, gymnasium*)
 hoger beroepsonderwijs (*HBO, bijv. HTS, HAS, HEAO, PABO*)
 universiteit
 anders, nl.

9. Verricht u momenteel betaalde werkzaamheden?

- ja
 nee ⇒ *ga naar vraag 11*

10. Voor hoeveel uur per week?

| uur per week (indien meer dan 12 uur ⇒ *ga naar vraag 12*)

11. Wat is uw hoofdbezigheid overdag?

- student / scholier ⇒ *ga naar vraag 13*
 huisvrouw / -man
 werkloos / AAW / WAO / AWW
 gepensioneerd
 anders, nl.

12. Wilt u hieronder noteren in wat voor soort bedrijf, zaak of instelling u nu werkt of in het verleden heeft gewerkt en waaruit de werkzaamheden voornamelijk bestaan / bestonden?

(zie voorbeeld; *banen gedurende minder dan 6 maanden kunt u overslaan*)

periode	soort bedrijf of instelling	werkzaamheden
<i>voorbeeld: - 1982 t/m 1985</i>	<i>metaalbewerkingsbedrijf</i>	<i>lassen</i>
<i>- 1986 tot nu</i>	<i>technisch bedrijf</i>	<i>technisch onderhoud</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....

13. Wat vindt u van de buurt waarin u woont?

- zeer prettig
 prettig
 onprettig
 zeer onprettig

14. Vindt u in het algemeen, dat u voldoende contacten met andere mensen hebt?

(*buiten werk, school of eigen huishouden*)

- ja zeker
 ja, maar ik zou wel wat meer willen
 nee, ik vind dat ik te weinig contacten heb

LEEFGEWOONTEN

15. Hoe vaak gebruikt u de volgende voedingsmiddelen per week?

voedingsmiddel	nooit	1 – 2 dagen per week	3 – 5 dagen per week	(bijna) elke dag
melkproducten (bijv. melk, yoghurt, vla, kaas, kwark)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fruit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
groenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
volkorenproducten (bijv. bruinbrood, muesli, cornflakes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vlees, vleeswaren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Rookt u?

- ja
- nee, maar ik heb wel gerookt
- nee, ik heb nooit gerookt ⇒ ga naar vraag 20

17. Wat rookt(e) u?

- alléén sigaretten (of shag)
- alléén sigaren of pijp ⇒ ga naar vraag 20
- beide

18. Hoeveel **sigaretten** rookt(e) u gemiddeld **per dag**?

sigaretten **per dag**

19. Hoeveel jaar heeft u in totaal **sigaretten** gerookt?

(de perioden waarin u tijdelijk **niet** rookte **niet** meetellen)

jaar

20. Drinkt u wel eens koffie?

- ja
- nee ⇒ ga naar vraag 22

21. Hoeveel kopjes koffie drinkt u gemiddeld **per dag**?

- 1 – 2 kopjes koffie per dag
- 3 – 5 kopjes koffie per dag
- 6 – 8 kopjes koffie per dag
- 8 of meer kopjes koffie per dag

22. Drinkt u wel eens alcoholhoudende dranken?

- ja
 nee ⇒ *ga naar vraag 26*

23. Hoe vaak dronk u in **het afgelopen half jaar** alcoholhoudende dranken?

- minder dan 1 dag per week
 1 – 2 dagen per week
 3 – 5 dagen per week
 (bijna) elke dag

24. Hoeveel glazen alcoholhoudende drank en welke soorten dronk u **door de week** gemiddeld **per dag**? (*maandag t/m donderdag*)

- glazen bier per dag
 glazen wijn, port, sherry of vermout per dag
 glazen likeur per dag
 glazen sterke drank per dag

25. Hoeveel glazen alcoholhoudende drank en welke soorten dronk u **in het weekend** gemiddeld **per dag**? (*vrijdag t/m zondag*)

- glazen bier per dag
 glazen wijn, port, sherry of vermout per dag
 glazen likeur per dag
 glazen sterke drank per dag

26. Hoe lichamelijk actief bent u **tijdens uw werk of uw dagelijkse bezigheden**?

- nauwelijks lichamelijk actief
 een beetje actief
 behoorlijk actief
 zeer lichamelijk actief

27. Hoe lichamelijk actief bent u **in uw vrije tijd**?

- zelden lichamelijk actief
 soms actief
 regelmatig actief
 vaak lichamelijke actief

28. Fietst u wel eens? Zo ja, hoe vaak?

(het gaat bij deze en bij de volgende vraag zowel om fietsen van en naar het werk, school, winkel etc. als om recreatief fietsen, maar niet om wielrennen of mountainbiken als sport. Dat kunt u invullen bij vraag 32 en 33)

- nooit ⇒ *ga naar vraag 30*
- minder dan 1 keer per week
- 1 – 2 keer per week
- 3 – 5 keer per week
- (bijna) elke dag

29. Hoeveel uur fietst u gemiddeld per week?

uur per week

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

- nooit ⇒ *ga naar vraag 32*
- minder dan 1 keer per week
- 1 – 2 keer per week
- 3 – 5 keer per week
- (bijna) elke dag

31. Hoeveel uur wandelt u gemiddeld per week?

uur per week

32. Sport u wel eens? Zo ja, hoe vaak?

(recreatief fietsen, wandelen en activiteiten als schaken, dammen, vissen en kaarten niet meetellen; wielrennen en mountainbiken wel)

- nooit ⇒ *ga naar vraag 34*
- minder dan 1 keer per week
- 1 - 2 keer per week
- 3 - 5 keer per week
- (bijna) elke dag

33. Hoeveel uur sport u gemiddeld per week?

uur per week

GEZONDHEID EN ZIEKTE

34. Hoe is in het algemeen uw gezondheid?

- zeer goed
- goed
- gaat wel
- matig
- slecht

35. Heeft u in de **afgelopen 3 maanden** contact gehad met uw huisarts over gezondheidsklachten van uzelf?
- ja
 nee
36. Bent u in de **afgelopen 12 maanden** opgenomen geweest in het ziekenhuis en/of behandeld door een specialist?
- ja
 nee
37. Bent u bloed- of plasmadonor (geweest)?
- ja, alleen bloeddonor
 ja, alleen plasmadonor ⇒ *ga naar vraag 39*
 ja, zowel bloed- als plasmadonor
 nee ⇒ *ga naar vraag 39*
38. Hoe vaak bent u bloeddonor geweest?
- minder dan 10 keer
 10 – 30 keer
 meer dan 30 keer
39. Wordt u door uw gezondheid **op dit moment** beperkt bij de volgende bezigheden? Zo ja, in welke mate?

	ernstig beperkt	een beetje beperkt	helemaal niet beperkt
forse inspanning (zoals hardlopen, zware voorwerpen tillen, inspannend sporten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matige inspanning (zoals het verplaatsen van een tafel, stofzuigen, fietsen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tillen of boodschappen dragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een paar trappen oplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
één trap oplopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
buigen, knielen of bukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meer dan een kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een halve kilometer lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
honderd meter lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uzelf wassen of aankleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Hoe vaak heeft u de **afgelopen 6 maanden** last gehad van onderstaande klachten?

	helemaal niet	enkele keren per maand	enkele keren per week	iedere dag
vergeetachtigheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
concentratieproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keelpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gevoelige hals- of okselklieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
spierpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijnlijke gewrichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoofdpijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niet uitgerust wakker worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toename van klachten en/of vermoeidheid na lichamelijke inspanning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Hoe vaak gedurende **de afgelopen 4 weken**:

	voort- durend	meestal	vaak	soms	zelden	nooit
voelde u zich levenslustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich erg zenuwachtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zat u zo erg in de put dat niets u kon opvrolijken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich kalm en rustig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich erg energiek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich neerslachtig en somber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich uitgeblust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich gelukkig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voelde u zich moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Hieronder staan **4 uitspraken** waarmee u kunt aangeven hoe u zich de **afgelopen twee weken** heeft gevoeld. U kunt elke vraag beantwoorden door in één van de zeven hokjes een kruisje te zetten. De plaats van het kruisje geeft aan in welke mate u vindt dat de uitspraak op u van toepassing is.

- | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------|
| a. ik voel me moe | ja,
dat klopt | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | nee,
dat klopt niet |
| | | | | | | | | | | | |
| b. ik ben gauw moe | ja,
dat klopt | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | nee,
dat klopt niet |
| | | | | | | | | | | | |
| c. ik voel me fit | ja,
dat klopt | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | nee,
dat klopt niet |
| | | | | | | | | | | | |
| d. lichamelijk voel ik me uitgeput | ja,
dat klopt | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | nee,
dat klopt niet |
| | | | | | | | | | | | |

43. Heeft u moeheidsklachten?

- ja
 nee ⇒ *ga naar vraag 46*

44. Hoe lang heeft u al moeheidsklachten?

- korter dan een half jaar
 een half jaar
 1 jaar
 2 jaar
 3 jaar
 4 jaar
 langer dan 4 jaar, nl. jaar
 ik heb mijn hele leven al last van moeheid

45. Bent u voor deze moeheidsklachten bij de huisarts geweest?

- ja, minder dan 3 maanden geleden
 ja, 3 tot 12 maanden geleden
 ja, meer dan een jaar geleden
 nee

46. In welke mate heeft moeheid u de **afgelopen 6 maanden** belemmerd bij uw normale werkzaamheden (zowel werk buitenshuis als huishoudelijk werk)?

- helemaal niet
 een klein beetje
 nogal
 veel
 heel erg veel

47. Welke van de volgende ziekten of aandoeningen zijn bij u ooit vastgesteld **door een dokter**?
Kunt u ook aangeven hoe oud u was toen deze ziekte of aandoening bij u werd vastgesteld?

aandoening	ja	nee	leeftijd
kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
indien ja, in welk orgaan of lichaamsdeel?			
hartaanval / hartinfarct	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beroerte (<i>herseninfarct of -bloeding</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
trombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
longembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
aneurysma (<i>verwijding slagader</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
verhoogde bloeddruk / hypertensie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
verhoogd cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
botontkalking / osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
reumatische aandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
prostaatvergroting (<i>alleen mannen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nierstenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
andere nierziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
regelmatige blaasontstekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schildklierafwijking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
leveraandoening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
astma / chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geslachtsziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
vruchtbaarheidsstoornissen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bloedarmoede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
huidziekte (<i>bijv. psoriasis, eczeem</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
↳ indien ja, gebruikt u voor uw suikerziekte:			
- een dieet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- tabletten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- insuline-injecties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
overige ziekten, nl.			

48. Kunt u, eventueel met gebruik van een (lees)bril of contactlenzen, de krant goed lezen?

- ja
- nee

49. Kunt u, eventueel met gebruik van een (lees)bril of contactlenzen, de ondertitels op de televisie goed lezen?

- ja
- nee

50. Heeft u wel eens een operatie ondergaan?

- ja
- nee ⇒ *ga naar vraag 52*

51. Welke operaties heeft u ondergaan en in welk jaar?

soort operatie	jaar
<i>voorbeeld: blindedarmoperatie</i>	| 1 | 9 | 9 | 3 |
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

52. Welke medicijnen of vitaminepreparaten gebruikt u nu of heeft u ooit gedurende **minstens een half jaar** regelmatig gebruikt?

geneesmiddel / vitaminepreparaat	ja, nu	ja, ooit	nee, nooit
medicijnen voor 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 voor hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen voor een te hoog cholesterolgehalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaap- of kalmeringsmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

vervolg vraag 52: gebruik medicijnen / vitamines gedurende **minstens een half jaar**

geneesmiddel / vitaminepreparaat	ja, nu	ja, ooit	nee, nooit
medicijnen voor astma / chronische bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medicijnen voor reumatische aandoeningen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
multi-vitamine 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"/>
ijzer preparaten (<i>staalpillen</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

53. Wilt u de namen van de medicijnen en/of vitaminepreparaten die u nu of ooit gedurende **minstens een half jaar** regelmatig heeft gebruikt noteren?

naam medicijn / vitaminepreparaat

voorbeeld: - Lipitor (20 mg)

- vitamine C 500 mg

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ZWANGERSCHAP

54. Heeft u ooit geprobeerd kinderen te krijgen?

- ja
- nee ⇒ *ga naar vraag 62*

LET OP: Indien u een vrouw bent gaan de volgende vragen (op blz. 13) over uzelf. Indien u een man bent gaan de volgende vragen over uw echtgenote of vriendin.

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

(zwangerschappen die eindigden in een miskraam of een doodgeboren kindje en afgebroken zwangerschappen tellen ook mee; als u (of uw partner) op dit moment zwanger bent (is) telt u deze zwangerschap ook mee)

- ja
 nee ⇒ ga naar vraag 62

56. Hoeveel keer bent u of is uw partner zwanger geweest?

(zwangerschappen die eindigden in een miskraam of een doodgeboren kindje en afgebroken zwangerschappen tellen ook mee; als u (of uw partner) op dit moment zwanger bent (is) telt u deze zwangerschap ook mee)

keer

57. Waarin eindigde(n) deze zwangerschap(pen)?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- ik ben / mijn partner is nu zwanger
 keer een levendgeboren kind
 keer een levendgeboren twee- of meerling
 keer een doodgeboren kind *(vanaf 20 weken zwangerschap)*
 keer een miskraam *(vóór 20 weken zwangerschap)*
 keer een afgebroken zwangerschap wegens
(bijv. buitenbaarmoederlijke zwangerschap of ongewenste zwangerschap)

58. Wanneer was u of uw partner voor de laatste keer zwanger?

van - tot -
maand jaar maand jaar

59. Bent u of is uw partner vóór de laatste zwangerschap gestopt met het gebruik van voorbehoedmiddelen met de bedoeling zwanger te worden?

- ja ⇒ ga naar vraag 61
 nee
 gebruikte geen voorbehoedmiddel

60. Bent u of uw partner bij de laatste zwangerschap onverwacht zwanger geworden?

- ja ⇒ ga naar vraag 62
 nee

61. Hoeveel maanden duurde het bij de laatste 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

GEZINSSAMENSTELLING EN MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

62a. Wilt u van uw **vader en moeder** aangeven wanneer ze zijn geboren en of ze zijn overleden?
 Wilt u tevens aangeven of er bij uw vader of moeder ooit kanker is vastgesteld en zo ja, welke soort kanker en op welke leeftijd?

vader / moeder	geboortedatum	overleden?	leeftijd bij overlijden	ooit kanker gehad?	indien ja, soort kanker	leeftijd bij diagnose
voorbeeld: vader	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> - <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> - <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="5"/> <i>dag maand jaar</i>	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text" value="7"/> <input type="text" value="5"/> jaar	<input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	darmkanker	<input type="text" value="7"/> <input type="text" value="4"/> jaar
V) vader	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
M) moeder	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar

62b. Wilt u indien u **kinderen** heeft (uitgezonderd geadopteerde kinderen) aangeven wanneer ze zijn geboren en of ze zijn overleden?
 Wilt u tevens aangeven of er bij uw kinderen ooit kanker is vastgesteld en zo ja, welke soort kanker en op welke leeftijd?

kinderen	geboortedatum	overleden?	leeftijd bij overlijden	ooit kanker gehad?	indien ja, soort kanker	leeftijd bij diagnose
<i>omcirkel zoon of dochter</i>						
1) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
2) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
3) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
4) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
5) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
6) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
7) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar
8) zoon / dochter	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="text"/> <input type="text"/> jaar

62c. Wilt u indien u **broers en/of zussen** heeft (uitgezonderd halfbroers- en zussen en geadopteerde broers en zussen) aangeven wanneer ze zijn geboren en of ze zijn overleden? Wilt u tevens aangeven of er bij uw broers en/of zussen ooit kanker is vastgesteld en zo ja, welke soort kanker en op welke leeftijd?

broers en zussen <i>omcirkel broer of zus</i>	geboortedatum	overleden?	leeftijd bij overlijden	ooit kanker gehad?	indien ja, soort kanker	leeftijd bij diagnose
1) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
2) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
3) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
4) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
5) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
6) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
7) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
8) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
9) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
10) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
11) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar
12) broer / zus	□□□-□□□-□□□□□□	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	□□□□ jaar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	.....	□□□□ jaar

In vraag 63 t/m 69 wordt gevraagd of uw familieleden (ouders, kinderen, broers en/of zussen) bepaalde ziekten of aandoeningen hebben (gehad). Indien ja, wilt u dan ook duidelijk aangeven welke familieleden het betreft en het geboortejaar vermelden? (bijv. moeder [1938], broer [1964])

63. Ziet één of meerdere van uw familieleden, ook al gebruiken zij een (lees)bril of contactlenzen, slecht?

- ja ⇒
- nee

64. Heeft één of meerdere van uw familieleden ooit een hartaanval gehad?

- ja ⇒
- nee

65. Heeft één of meerdere van uw familieleden ooit een beroerte (herseninfarct of –bloeding) gehad?

- ja ⇒
- nee

66. Komen er bij uw familieleden reumatische aandoeningen voor?

- ja ⇒
- nee

67. Komen er bij uw familieleden leveraandoeningen voor?

- ja ⇒
- nee

68. Komen er bij uw familieleden vruchtbaarheidsstoornissen voor?

- ja ⇒
- nee

69. Komen er bij uw familieleden aangeboren afwijkingen voor?

Wilt u ook aangeven om welke aangeboren afwijkingen het gaat?

- ja ⇒
- nee

MENSTRUATIE EN MENOPAUZE

LET OP: De volgende vragen (70 – 88) zijn alleen voor vrouwelijke deelnemers

Mannelijke deelnemers: wilt u nu de toestemmingsvragen invullen?

Deze staan op de binnenzijde van de omslag (blz. 21).

Op blz. 20 kunt u uw eventuele opmerkingen en aanvullingen noteren.

70. Hoe oud was u toen u voor het eerst ongesteld werd?

jaar oud

71. Wordt u nog steeds, min of meer regelmatig, ongesteld?

- ja
 nee, ik ben op dit moment zwanger
 nee, om een andere reden

72. Wanneer was (de eerste dag van) uw laatste menstruatie?

- -
dag maand jaar

Vraag 73, 74 en 75 gaan over uw menstruatiepatroon.

Indien u de pil gebruikt bedoelen wij hiermee uw menstruatiepatroon vóórdat u de pil gebruikte.

Indien u zwanger bent bedoelen wij hiermee uw menstruatiepatroon vóórdat u zwanger werd.

Indien u niet meer menstrueert bedoelen wij hiermee uw vroegere menstruatiepatroon.

73. Hoe is / was uw menstruatiepatroon?

- regelmatig, meestal niet meer dan twee dagen te vroeg of te laat
 onregelmatig, meestal drie tot zeven dagen te vroeg of te laat
 onvoorspelbaar

74. Hoeveel dagen duurt / duurde uw menstruatie meestal?

(hiermee bedoelen we de tijd vanaf het begin van de bloeding totdat de bloeding volledig gestopt is, bijv. 4 dagen)

dagen

75. Hoeveel dagen zitten / zaten er gemiddeld tussen het begin van de ene menstruatie en het begin van de volgende menstruatie? (bijv. 27 dagen)

dagen

76. Heeft u ooit de pil gebruikt?

- ja, ik gebruik nú de pil
- ja, ik heb óóit de pil gebruikt
- nee ⇒ *ga naar vraag 78*

77. Hoelang heeft u in totaal de pil gebruikt?

(de perioden waarin u de pil tijdelijk niet gebruikte niet meetellen)

jaar

of: maanden

78. Heeft u een operatie ondergaan waarbij uw baarmoeder is verwijderd?

- ja
- nee ⇒ *ga naar vraag 80*

79. Hoe oud was u toen uw baarmoeder werd verwijderd?

jaar

80. Heeft u een operatie ondergaan waarbij één of beide eierstokken verwijderd zijn?

- ja
- nee ⇒ *ga naar vraag 82*

81. Hoe oud was u toen één of beide eierstokken verwijderd zijn?

- één eierstok jaar
- beide eierstokken jaar

82. Heeft u ooit last gehad van overgangsklachten?

(zoals opvliegers, hartkloppingen etc.)

- ja
- nee
- niet van toepassing (ik ben nog niet in de overgang) ⇒ *ga naar blz. 21*

83. Heeft u ooit medicijnen, hormonen of hormoonpleisters gebruikt tijdens of na de overgang?

- ja
- nee ⇒ *ga naar blz. 21*

84. Op welke leeftijd bent u deze medicijnen, hormonen of hormoonpleisters gaan gebruiken?

jaar

85. Gebruikt u deze medicijnen, hormonen of hormoonpleisters nog steeds?

- ja
- nee, ik ben gestopt toen ik jaar oud was

86. Hoelang heeft u in totaal deze medicijnen, hormonen of hormoonpleisters gebruikt?

(de perioden waarin u deze medicijnen / hormonen tijdelijk **niet** gebruikte **niet** meetellen)

jaar

of: maanden

87. Kunt u aangeven welke medicijnen, hormonen of hormoonpleisters u gebruikt heeft en hoe lang?

naam medicijn / hormonen	van	tot
Voorbeeld: Livial (2,5 mg)	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 5 - <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 1	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 3 - <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> 2
	maand jaar	maand jaar
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
.....	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

88. Om welke redenen gebruikt(e) u deze medicijnen, hormonen of hormoonpleisters?

(meerdere antwoorden mogelijk)

- voor overgangsklachten
- om botontkalking (osteoporose) te voorkomen of te behandelen
- als bescherming tegen hart- en vaatziekten
- anders, nl.

LET OP: Wilt u nu de toestemmingsvragen invullen?
Deze staan op de binnenzijde van de omslag (blz. 21).
Op blz. 20 kunt u uw eventuele opmerkingen en aanvullingen noteren.

TOESTEMMINGSVRAGEN

**Deze bladzijde zal direct na terugkomst van de vragenlijst gescheiden worden.
Uw antwoorden op de vragenlijst en uw naam worden apart bewaard.**

1. Het is voor het onderzoek erg belangrijk om uw naam en geboortedatum gedurende 25 jaar te bewaren, zodat wij uw vragenlijstgegevens kunnen combineren met uw medische gegevens. Geeft u hiervoor toestemming?
(na 25 jaar zullen alle naar persoon herleidbare gegevens worden vernietigd)

ja
 nee

2. Geeft u toestemming voor het opvragen van uw gegevens uit ziekterejesters en medische dossiers?

ja
 nee

3. Wilt u voor dit onderzoek bloed afstaan?

ja → graag het blauwe formulier 'bloedafname' ook invullen en terugsturen
 nee

4. In zeldzame gevallen kunnen wij in het bloed iets vinden wat voor uw gezondheid van wezenlijk belang is. Wanneer dat bij u het geval is, wilt u dan dat wij dit doorgeven aan uw huisarts?

ja
 nee

Zo ja, wat is de naam en het adres van uw huisarts?

Naam :

Adres :

5. Mogelijk willen wij u in de toekomst nog een keer benaderen voor een vervolgonderzoek. Vindt u het goed dat wij u daarvoor benaderen? U kunt natuurlijk op dat moment nog beslissen of u wel of niet mee wilt doen aan dat vervolgonderzoek.

ja
 nee

Uw naam:

Telefoonnummer overdag: 's avonds:

Handtekening: datum: --

HARTELIJK DANK VOOR HET INVULLEN VAN DEZE VRAGENLIJST!