

**Deel 1: Algemeen**

Dit is de vragenlijst van het **PIENTER corona onderzoek**. De vragenlijst begint met enkele algemene vragen. Verder treft u vragen aan over contacten, over de sector waarin u werkt, en over uw gezondheid.

Wij vragen u deze vragenlijst in te vullen **op dezelfde dag** als de afname van de vingerprik.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten, er zijn 26 vragen.

Als u de vragenlijst voor iemand anders invult, denk eraan dat u de antwoorden invult die voor de uitgenodigde persoon gelden

Bij keuze opties, kleur het juiste hokje in, of zet er een X in.

|                                             |                          |                                             |
|---------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Door wie wordt de vragenlijst ingevuld?  | <input type="checkbox"/> | Uitgenodigde persoon (uzelf)                |
|                                             | <input type="checkbox"/> | Ouder/verzorger van uitgenodigde persoon    |
|                                             | <input type="checkbox"/> | Kind van uitgenodigde persoon               |
|                                             | <input type="checkbox"/> | Iemand anders, vul vraag 1a in              |
| 1a. Wie heeft de vragenlijst ingevuld?      |                          |                                             |
| 2. Op welke datum vult u de vragenlijst in? |                          | vul in als DD-MM-JJJJ                       |
| 3. Wat is uw geboortemaand en geboortjaar?  |                          | vul in als MM-JJJJ.<br>Bijvoorbeeld 08-2006 |
| Wat is uw deelnemersnummer?                 |                          |                                             |

| Deel 2: Huisgenoten, opleiding en werk                                                                                     |                     |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|
| 4. Wat is de leeftijd en het geslacht van de personen binnen uw huishouden (uzelf meegerekend) te beginnen met de jongste? |                     |                                 |
| Huisgenoot                                                                                                                 | Leeftijd (in jaren) | Geslacht                        |
| Huisgenoot 1                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 2                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 3                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 4                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 5                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 6                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 7                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 8                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 9                                                                                                               |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |
| Huisgenoot 10                                                                                                              |                     | <input type="checkbox"/> Man    |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Vrouw  |
|                                                                                                                            |                     | <input type="checkbox"/> Anders |

| Deel 2: Huisgenoten, opleiding en werk - vervolg                                                          |                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Wat is uw hoogst voltooide opleiding?                                                                  | <input type="checkbox"/> Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)                                                              |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)                                                       |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, LBO, VMBO-(BB, KB, GL))                      |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-TL)                             |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)      |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)  |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Hoger beroepsonderwijs (zoals HBO, HTS, HEAO, kandidaatswetenschappelijk onderwijs)                          |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)                                                                    |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ik ben nog bezig met een opleiding, vul vraag 5a in                                                          |
| 5a. Ik ben nog bezig met een opleiding, namelijk...                                                       |                                                                                                                                       |
| 6. In welke sector bent u werkzaam?                                                                       | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing, ik werk niet (meer)                                                                     |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing, ik ben scholier of student                                                              |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Gezondheidszorg                                                                                              |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ander werk dan gezondheidszorg met fysiek contact met klanten (bijv. kapper, schoonheidsspecialiste)         |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Jeugdhulp, (maatschappelijke) ondersteuning                                                                  |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Onderwijs                                                                                                    |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Kinderopvang                                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Horeca                                                                                                       |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Voedselketen: de voedselketen moet breed worden gezien (supermarkten)                                        |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Detailhandel                                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Openbaar vervoer                                                                                             |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Transport brandstoffen en vervoer van afval                                                                  |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Hulpverleningsdiensten (meldkamerprocessen, brandweer, ambulance, GHOR, crisisbeheersing veiligheidsregio's) |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Media en communicatie                                                                                        |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Noodzakelijke overheidsprocessen (Rijk, provincie en gemeente)                                               |
| <input type="checkbox"/> Anders, vul vraag 6a in                                                          |                                                                                                                                       |
| 6a. Ik werk in een andere sector, namelijk...                                                             |                                                                                                                                       |
| 7. Werkte u voor de start van de corona uitbraak in Nederland (27 februari 2020) normaal gesproken thuis? | <input type="checkbox"/> Ja, ik werkte volledig thuis                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja, ik werkte deels thuis                                                                                    |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Nee, ik werkte normaal gesproken nooit thuis                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing                                                                                          |
| 8. Werkte u in de afgelopen week thuis?                                                                   | <input type="checkbox"/> Ja, ik werkte volledig thuis                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja, ik werkte deels thuis                                                                                    |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Nee, ik werkte normaal gesproken nooit thuis                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Niet van toepassing                                                                                          |

| Deel 3: Contacten                                                                                                                                                                                                                            |                          |                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 9. Zijn één of meerdere kinderen uit uw huishouden in de afgelopen week naar school of opvang geweest?                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Ja, 1 dag naar school of opvang                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Ja, 2-3 dagen naar school of opvang                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Ja, 4-5 dagen naar school of opvang                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Nee, de kinderen zijn niet naar school of opvang geweest                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Niet van toepassing                                                                                          |
| 10. Had u voor de start van de corona uitbraak in Nederland (27 februari 2020) in uw beroep/vrijwilligerswerk contact met één van onderstaande groepen? (Telefoongesprekken en e-mail tellen niet mee)                                       | <input type="checkbox"/> | Nee, niet met deze groepen                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Ja, geef hieronder per groep aan of u hiermee contact had (bij alle opties moet een antwoord gegeven worden) |
| Patiënten                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                          |
| Cliënten/klanten                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                          |
| Kinderen/leerlingen                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                           |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                          |
| 11. Met hoeveel personen uit <u>bovenstaande groepen</u> had u voor de start van de corona uitbraak in Nederland (27 februari 2020) in uw beroep/vrijwilligerswerk gemiddeld per dag contact? (Telefoongesprekken en e-mail tellen niet mee) | <input type="checkbox"/> | Geen                                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 1 persoon                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 2-4 personen                                                                                                 |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | 5-10 personen                                                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Meer dan 10 personen                                                                                         |
|                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Niet van toepassing                                                                                          |

**Deel 3: Contacten - vervolg**

11. Met hoeveel personen uit bovenstaande groepen had u voor de start van de corona uitbraak in Nederland (27 februari 2020) in uw beroep/vrijwilligerswerk gemiddeld per dag contact? (Telefoongesprekken en e-mail tellen niet mee).

We bedoelen hier met contact dat u tenminste enkele woorden heeft gewisseld met iemand en/of iemand heeft aangeraakt (bijvoorbeeld hand geven, kussen, sport). Denkt u bijvoorbeeld ook aan contacten op het werk. Telefoongesprekken en email tellen niet mee.

Dit is een lastige vraag; daarom willen we benadrukken dat het gaat om een antwoord bij benadering!

Heeft u gisteren contact gehad met anderen (huisgenoten niet meegerekend)?

☐

Ja, vul dan onderstaande tabel volledig in

☐

Nee

| Leeftijdsgroep         | Aantal man | Aantal vrouw |
|------------------------|------------|--------------|
| 0-4 jaar               |            |              |
| 5-9 jaar               |            |              |
| 10-19 jaar             |            |              |
| 20-29 jaar             |            |              |
| 30-39 jaar             |            |              |
| 40-49 jaar             |            |              |
| 50-59 jaar             |            |              |
| 60-69 jaar             |            |              |
| 70-79 jaar             |            |              |
| 80-89 jaar             |            |              |
| 90+ jaar               |            |              |
| Totaal aantal personen |            |              |

13. Gisteren was het:

☐

Maandag

☐

Dinsdag

☐

Woensdag

☐

Donderdag

☐

Vrijdag

☐

Zaterdag

☐

Zondag

| Deel 4: Symptomen                                                                                                                 |                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14. Heeft u sinds de start van de corona uitbraak in Nederland (27 februari 2020) één of meer van de onderstaande klachten gehad? | <input type="checkbox"/> Nee<br><input type="checkbox"/> Ja, geef hieronder aan welke klachten dat waren (bij alle opties moet een antwoord gegeven worden) |
| Koorts/koude rillingen                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Algehele malaise                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Hoesten                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Keelpijn                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Loopneus                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Kortademigheid                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Diarree                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Misselijkheid/overgeven                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Hoofdpijn                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Prikkelbaarheid/verwarring                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Spierpijn                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Pijn bij ademhaling                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Buikpijn                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Gewrichtspijn                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Verlies van geur- en smaakvermogen                                                                                                | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nee                                                                                                 |
| Andere klachten, geef aan welke                                                                                                   |                                                                                                                                                             |



| Deel 4: Symptomen - vervolg                                                                                                           |                          |                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 15. Weet u wanneer de eerste klachten bij u begonnen? Indien u de datum niet meer precies weet, is een datum bij benadering ook goed. | <input type="checkbox"/> | Ja, ik weet de exacte datum (vul vraag 15a in)                                        |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Ja, ik weet een datum bij benadering (vul vraag 15b in)                               |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee, dat weet ik niet (meer)                                                          |
| 15a. Exacte datum waarop de klachten begonnen:                                                                                        |                          | vul in als DD-MM-JJJJ                                                                 |
| 15b. Geschatte datum waarop de klachten begonnen:                                                                                     |                          | vul in als DD-MM-JJJJ                                                                 |
| 16. Wanneer namen de klachten bij u af? Indien u de datum niet meer precies weet, is een datum bij benadering ook goed.               | <input type="checkbox"/> | Ja, ik weet de exacte datum (vul vraag 16a in)                                        |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Ja, ik weet een datum bij benadering (vul vraag 16b in)                               |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Klachten zijn nog steeds aanwezig                                                     |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee, dat weet ik niet (meer)                                                          |
| 16a. Datum waarop de klachten afnamen:                                                                                                |                          | vul in als DD-MM-JJJJ                                                                 |
| 16b. Geschatte datum waarop de klachten afnamen:                                                                                      |                          | vul in als DD-MM-JJJJ                                                                 |
| 17. Heeft u vanwege deze klachten de huisarts bezocht?                                                                                | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                    |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                   |
| 18. Bent u vanwege deze klachten opgenomen (geweest) in het ziekenhuis?                                                               | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                    |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                   |
| 19. Is er bij u laboratoriumonderzoek naar het nieuwe coronavirus gedaan?                                                             | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                    |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                   |
| 20. Wat was de uitslag?                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | Positief voor het nieuwe coronavirus, ik had dus WEL een infectie met het coronavirus |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Negatief voor het nieuwe coronavirus, ik had dus GEEN infectie met het coronavirus    |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Onbekend                                                                              |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Niet van toepassing                                                                   |
| 21. Heeft u contact gehad met een patiënt die gediagnosticeerd is met het nieuwe coronavirus?                                         | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                    |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                   |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Weet ik niet                                                                          |
| 22. In welke setting vond het contact met deze patiënt plaats?                                                                        | <input type="checkbox"/> | Thuisituatie                                                                          |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Overige familie                                                                       |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Gezondheidszorg                                                                       |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Werksituatie                                                                          |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | School                                                                                |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Medereiziger                                                                          |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Buitenland                                                                            |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Vrijtijdsbesteding, zoals sportclub                                                   |
|                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Overig, vul vraag 22a in                                                              |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                              | Niet van toepassing      |                                                                                       |
| 22a. Contact tussen u en de patiënt vond plaats in de volgende setting:                                                               |                          |                                                                                       |
| Deel 5: Aandoeningen                                                                                                                  |                          |                                                                                       |

|                                                                                                                        |                          |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 23. Heeft u ooit één of meer van onderstaande aandoeningen gehad (Meerdere antwoorden mogelijk)                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja, geef hieronder aan welke aandoeningen dat waren (bij alle opties moet een antwoord gegeven worden) |
| Voedselallergie                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Andere allergieën                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Hooikoorts                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Astma                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Diabetes (type1 of type2)                                                                                              | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een longziekte                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Ziekten van het maag-darmkanaal                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een leverziekte                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een immuunstoornis                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Kanker                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Reumatische artritis (reuma)                                                                                           | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Afwezigheid van de milt                                                                                                | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een nierziekte                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Hart- en vaatziekten, inclusief verhoogde bloeddruk (hypertensie)                                                      | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een neurologische aandoening (bijvoorbeeld epilepsie)                                                                  | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Een huidaandoening                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Orgaan- of beenmergtransplantatie ondergaan                                                                            | <input type="checkbox"/> | Ja                                                                                                     |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
| Andere aandoening(en), geef aan welke                                                                                  |                          |                                                                                                        |
| <b>Deel 6: Medicijnen</b>                                                                                              |                          |                                                                                                        |
| 24. Heeft u in de afgelopen maand één of meerdere van onderstaande medicijnen gebruikt? (Meerdere antwoorden mogelijk) | <input type="checkbox"/> | Nee                                                                                                    |
|                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja, geef hieronder aan welke medicijnen dat waren (bij alle opties moet een antwoord gegeven worden)   |



|                                                                                                             |                          |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----|
| Medicijnen vanwege een infectie/ontsteking (bijvoorbeeld antibiotica, antivirale middelen)                  | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Afweerremmende medicatie/immunosuppressiva (bijvoorbeeld prednison)                                         | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Maagbeschermers/maagzuurremmers (bijvoorbeeld omeprazol)                                                    | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Cholesterolverlagers (bijvoorbeeld atorvastatine, simvastatine)                                             | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Chemokuur/chemotherapie                                                                                     | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Insuline                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Hormoonbehandeling                                                                                          | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Bloeddrukverlagers (angiotensine convertend enzyme (ACE)-remmers of angiotensine receptor-blokkers (ARB's)) | <input type="checkbox"/> | Ja  |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | Nee |
| Andere medicijnen, geef aan welke                                                                           |                          |     |

|                              |                          |                     |
|------------------------------|--------------------------|---------------------|
| 25. Ben u momenteel zwanger? | <input type="checkbox"/> | Ja                  |
|                              | <input type="checkbox"/> | Nee                 |
|                              | <input type="checkbox"/> | Niet van toepassing |

**Deel 7: Infectieradar.nl**

Alle mensen in Nederland kunnen via Infectieradar.nl helpen bij het in kaart brengen van klachten die kunnen wijzen op het nieuwe coronavirus. Eventuele klachten als koorts, of andere verkoudheidsklachten worden wekelijks ingevuld. Dit kost slechts enkele seconden tot maximaal 5 minuten per keer. Hiermee kan het RIVM nog beter volgen hoe gezondheidsklachten verspreid zijn over het land en hoe dit zich ontwikkelt in de tijd.

Binnenkort wordt het weer mogelijk voor nieuwe deelnemers om aan te melden op Infectieradar.nl.

Voor kinderen jonger dan 16 jaar dient de ouder/verzorger zich te registreren.

|                                                                                                                                                                                                                       |                          |                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 26. Heeft u uzelf of uw kind al aangemeld bij <a href="http://www.infectieradar.nl">www.infectieradar.nl</a> ?                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | Ja, ik heb mijzelf/mijn kind al aangemeld op <a href="http://www.infectieradar.nl">www.infectieradar.nl</a> |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee, maar ik ben van plan mijzelf/mijn kind aan te melden zodra dat weer kan (u ontvangt bericht van ons)   |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Nee, ik wil mijzelf/mijn kind niet aanmelden                                                                |
|                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | Ik weet het niet                                                                                            |
| 26a. Als u zichzelf/uw kind al heeft aangemeld (of dat nog gaat doen) geef dan hieronder uw e-mailadres op waarmee u bent aangemeld op <a href="http://Infectieradar.nl">Infectieradar.nl</a> (of nog gaat aanmelden) |                          |                                                                                                             |

**Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!**

**Controleer a.u.b. vanaf het begin van de vragenlijst of alle vragen volledig zijn ingevuld.**