

# ***De mobiliteit van de Nederlandse bevolking in 1999***



## Verklaring der tekens

.	= gegevens ontbreken
*	= voorlopig cijfer
x	= geheim
–	= nihil
–	= (indien voorkomend tussen twee getallen) tot en met
0 (0,0)	= het getal is minder dan de helft van de gekozen eenheid
niets (blank)	= een cijfer kan op logische gronden niet voorkomen
1999–2000	= 1999 tot en met 2000
1999/2000	= het gemiddelde over de jaren 1999 tot en met 2000
1999/'00 <sup>1)</sup>	= oogstjaar, boekjaar, schooljaar enz., beginnend in 1999 en eindigend in 2000
1989/'90–1999/'00 <sup>1)</sup>	= boekjaar enz. 1989/'90 tot en met 1999/'00 <sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> 1999/'00 betreft het boekjaar enz. 1999/2000.

In geval van afronding kan het voorkomen, dat de totalen niet geheel overeenstemmen met de som der opgetelde getallen.

Verbeterde cijfers in staten en tabellen zijn niet als zodanig gekenmerkt.

## Colofon

### Uitgever

Centraal Bureau voor de Statistiek  
Drs. R.L. Vellekoop  
Prinses Beatrixlaan 428  
2273 XZ Voorburg

### Druk

Centraal Bureau voor de Statistiek  
Facilitair Beheer

### Inlichtingen

Tel.: (045) 570 70 70  
Fax: (045) 570 62 68  
E-mail: infoservice@cbs.nl

### Bestellingen

E-mail: verkoop@cbs.nl

### Internet

www.cbs.nl

© Centraal Bureau voor de Statistiek,  
Voorburg/Heerlen, 2000.  
Bronvermelding is verplicht.  
Vereenvoudiging voor eigen gebruik of  
intern gebruik is toegestaan.

Prijzen zijn excl. administratie- en  
verzendkosten  
Prijs: f 29,50 (€ 13,39)  
Kengetal: N-8  
ISSN: 0168-4922



Centraal Bureau voor de Statistiek

## Inhoud

<b>Kerncijfers</b>	5
<b>1. Inleiding</b>	6
<b>2. Opzet van het Nieuw OVG</b>	8
<b>3. Doelstelling en definities</b>	10
<b>4. Weging en ophoging</b>	11
<b>5. Speciale gegevens</b>	12
<i>Tabellen</i>	
5.1 Aantal personenauto's per 1 000 inwoners per inkomensklasse, 1999	12
5.2 Aantal personenauto's per bouwjaarklasse naar enkele kenmerken van de hoofdgebruiker, 1999	12
5.3 Huishoudens en autobezit	12
5.4 Rijbevoegdheid en vervoermiddelenbezit naar geslacht en leeftijdsklasse, 1999	13
5.5 Aandeel personen dat gebruik maakt van het openbaar vervoer naar geslacht, leeftijdsklasse en autobezit, 1999	13
5.6 Aandeel personen dat gebruik maakt van het openbaar vervoer naar geslacht, leeftijdsklasse en rijbewijsbezit, 1999	14
5.7 Gemiddelde woon-werkafstand naar hoofdvervoerwijze, 1999	14
5.8 Woon-werkverplaatsingen naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	14
5.9 Afgelegde afstand naar dienstverband, motief en vervoerwijze, 1999	15
5.10 Verplaatsingen naar hoofdvervoerwijze en bezit studenten openbaar vervoerkaart, 1999	15
5.11 Afgelegde afstand naar vervoerwijze en bezit studenten openbaar vervoerkaart, 1999	15
5.12 Afgelegde afstand naar autobeschikbaarheid en diverse persoonskenmerken met een homogeen verplaatsingsgedrag, 1999	16
5.13 Afgelegde afstand en participatiegraad naar geslacht en leeftijdsklasse, 1999	16
5.14 Afgelegde afstand naar vervoerwijze, huishoudenssituatie en maatschappelijke participatie, 1999	17
<b>6. Vervoermiddelenbezit</b>	18
<i>Tabellen</i>	
6.1 Huishoudens naar stedelijkheidsgraad en vervoermiddelenbezit, 1999	18
6.2 Huishoudens naar grootte van het huishouden en vervoermiddelenbezit, 1999	18
6.3 Huishoudens naar gezinsinkomen en vervoermiddelenbezit, 1999	18
6.4 Personen naar geslacht, leeftijdsklasse en vervoermiddelenbezit, 1999	19
6.5 Personen naar vervoermiddelenbezit en inkomensklasse, 1999	19
<b>7. Mobiliteit naar algemene kenmerken</b>	20
<i>Tabellen</i>	
7.1 Verplaatsingen naar motief en hoofdvervoerwijze, 1999	20
7.2 Verplaatsingen naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	20
7.3 Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999	20
7.4 Afgelegde afstand naar motief en vervoerwijze, 1999	21
7.5 Afgelegde afstand naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999	21
7.6 Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999	21
7.7 Verplaatsingen naar reisduur en hoofdvervoerwijze, 1999	22
7.8 Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerwijze, 1999	22
7.9 Verplaatsingen naar dag van de week en motief, 1999	22
7.10 Afgelegde afstand naar reisduur en vervoerwijze, 1999	23
7.11 Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999	23
7.12 Afgelegde afstand naar dag van de week en motief, 1999	23
7.13 Verplaatsingen naar uur van de dag en motief, 1999	24
7.14 Afgelegde afstand naar uur van de dag en motief, 1999	25

<b>8. Mobiliteit naar persoonskenmerken</b>	<b>26</b>
<i>Tabellen</i>	
8.1 Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	26
8.2 Verplaatsingen naar inkomensklasse en motief, 1999	26
8.3 Verplaatsingen naar opleidingsniveau en hoofdvervoerwijze, 1999	26
8.4 Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999	27
8.5 Afgelegde afstand naar inkomensklasse en motief, 1999	27
8.6 Afgelegde afstand naar opleidingsniveau en vervoerwijze, 1999	27
8.7 Verplaatsingen naar opleidingsniveau en motief, 1999	28
8.8 Verplaatsingen naar geslacht, leeftijdsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	28
8.9 Afgelegde afstand naar opleidingsniveau en motief, 1999	29
8.10 Afgelegde afstand naar geslacht, leeftijdsklasse en vervoerwijze, 1999	29
8.11 Verplaatsingen naar geslacht, leeftijdsklasse en motief, 1999	30
8.12 Verplaatsingen naar maatschappelijke participatie en hoofdvervoerwijze, 1999	30
8.13 Afgelegde afstand naar geslacht, leeftijdsklasse en motief, 1999	31
8.14 Afgelegde afstand naar maatschappelijke participatie en vervoerwijze, 1999	31
8.15 Verplaatsingen naar vervoermiddelenbezit en hoofdvervoerwijze, 1999	32
8.16 Afgelegde afstand naar vervoermiddelenbezit en vervoerwijze, 1999	33
<b>9. Mobiliteit naar geografische kenmerken van het woonadres</b>	<b>34</b>
<i>Tabellen</i>	
9.1 Verplaatsingen naar provincie en hoofdvervoerwijze, 1999	34
9.2 Verplaatsingen naar stedelijkheidsgraad en hoofdvervoerwijze, 1999	34
9.3 Verplaatsingen naar provincie en motief, 1999	34
9.4 Afgelegde afstand naar provincie en vervoerwijze, 1999	35
9.5 Afgelegde afstand naar stedelijkheidsgraad en vervoerwijze, 1999	35
9.6 Afgelegde afstand naar provincie en motief, 1999	35
9.7 Verplaatsingen naar stedelijkheidsgraad en motief, 1999	36
9.8 Afgelegde afstand naar stedelijkheidsgraad en motief, 1999	37
<b>10. De belangrijkste motieven</b>	<b>38</b>
<i>Tabellen</i>	
10.1 Van en naar het werk	38
10.1.1 Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999	38
10.1.2 Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerwijze, 1999	38
10.1.3 Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	38
10.1.4 Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999	39
10.1.5 Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999	39
10.1.6 Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999	39
10.2 Visite/logeren	40
10.2.1 t/m 10.2.6 Idem 10.1.1. t/m 10.1.6	40
10.3 Winkelen	42
10.3.1 t/m 10.3.6 Idem 10.1.1. t/m 10.1.6	42
<b>11. Mobiliteit naar algemene kenmerken per provincie</b>	<b>44</b>
<i>Tabellen</i>	
11.1 Verplaatsingen per provincie naar motief en hoofdvervoerwijze, 1999	44
11.2 Afgelegde afstand per provincie naar motief en vervoerwijze, 1999	46
11.3 Verplaatsingen per provincie naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999	48
11.4 Afgelegde afstand per provincie naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999	51
<b>Bijlage</b>	<b>54</b>
Nauwkeurigheid van de uitkomsten	54
<b>Aanhangsels</b>	<b>55</b>
1. Gehanteerde vragenlijsten voor volwassenen	55
2. Na-enquêtes	60
Gehanteerde vragenlijst voor kinderen jonger dan 6 jaar	61
Gehanteerde vragenlijst voor Ophoogkader Verkeersongevallen	63
Gehanteerde vragenlijst voor Openbaar Vervoer	65

# Kerncijfers

## Kerncijfers <sup>1)</sup>

	1986	1989	1992	1995	1998	1999
<b>Afgelegde afstand per persoon per dag <sup>2)</sup></b>	<i>km</i>					
<b>Totaal</b>	32,9	35,1	35,4	35,1	35,0	35,3
<i>Vervoerwijzen</i>						
Auto (bestuurder)	15,8	17,1	17,6	17,5	18,1	18,6
Auto (passagier)	8,5	8,8	7,9	8,2	7,6	7,7
Trein	2,1	2,3	3,3	2,9	3,2	3,2
Bus/tram/metro	1,6	1,4	1,8	1,6	1,5	1,5
Bromfiets	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Fiets	2,6	2,8	2,7	2,7	2,5	2,5
Lopen	0,7	0,8	0,7	0,8	0,7	0,6
Overig	1,2	1,7	1,2	1,3	1,2	0,9
<i>Motief</i>						
Van en naar het werk	6,7	8,0	8,6	8,4	9,4	9,5
Zakelijk bezoek in werksfeer	4,5	4,7	4,7	4,2	3,9	3,7
Visite/logeren	7,0	7,0	7,8	7,5	7,2	7,4
Winkelen	3,1	3,3	3,4	3,3	3,5	3,4
Onderwijs	1,9	1,8	1,9	1,8	1,7	1,9
Ontspanning/sport	2,1	2,3	2,5	2,9	3,0	3,4
Toeren/wandelen	4,8	4,9	3,3	3,1	2,4	2,2
Overig	2,8	3,0	3,3	4,0	3,9	3,7
<b>Vervoermiddelenpark <sup>3) 4)</sup></b>	<i>x 1 000</i>					
Personenauto's	4 642	5 086	5 297	5 633	6 051	6 276
Motoren	123	144	227	308	388	409

<sup>1)</sup> De nieuwe opzet van het OVG heeft geleid tot een trendbreuk in de onderzoeksresultaten. De hier gepresenteerde cijfers zijn gebaseerd op een voorlopige trendbreukcorrectie.

<sup>2)</sup> Exclusief: Mobiliteit van personen jonger dan 12 jaar; mobiliteit van tehuis bewoners; vakantiemobiliteit. Inclusief: Veelvuldige verplaatsingen.

<sup>3)</sup> In verband met de trendbreuk zijn er nog geen gegevens beschikbaar over het aantal brom- en snorfietsbezitters, fietsbezitters en het aantal rijbewijzen.

<sup>4)</sup> Jaargemiddelde.

## Totale vervoersprestatie Nederlandse bevolking <sup>1) 2)</sup>

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein <sup>3)</sup>	Bus/tram/metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
	<i>mld km</i>								
1985	65,8	48,5	8,3	6,4	1,1	12,4	4,4	6,6	153,5
1986	69,1	49,9	9,5	7,1	1,3	12,4	4,2	5,6	159,1
1987	70,2	50,2	9,2	7,2	1,1	11,6	4,4	6,0	159,9
1988	75,7	48,3	10,0	7,2	1,1	12,2	4,3	6,1	164,9
1989	76,0	51,7	10,5	6,5	0,9	13,4	4,5	8,0	171,5
1990	79,2	50,4	11,2	7,1	1,0	13,6	4,5	4,9	171,9
1991	77,4	51,4	15,9	8,0	0,9	13,2	4,7	7,4	178,9
1992	80,8	50,5	15,1	8,4	0,8	13,2	4,5	6,1	179,4
1993	78,9	49,7	14,0	8,1	0,8	12,9	4,5	6,4	175,3
1994	78,1	52,9	13,7	7,5	0,8	13,3	4,7	5,8	176,8
1995	81,5	52,0	13,5	7,3	0,8	13,5	4,7	6,6	179,9
1996	82,5	50,9	13,1	7,2	0,8	12,7	4,6	6,7	178,5
1997	84,0	52,7	14,0	7,2	0,8	13,7	4,6	7,7	184,7
1998	85,5	51,6	15,2	7,2	0,8	12,8	4,4	6,2	183,7
1999	88,5	53,1	15,4	7,4	0,7	13,3	4,3	4,4	187,1

<sup>1)</sup> De nieuwe opzet van het OVG heeft geleid tot een trendbreuk in de onderzoeksresultaten. De hier gepresenteerde cijfers zijn gebaseerd op een voorlopige trendbreukcorrectie.

<sup>2)</sup> Exclusief mobiliteit van tehuisbewoners; inclusief veelvuldige verplaatsingen.

<sup>3)</sup> Voor de ontwikkeling van de vervoersprestatie van de trein van 1998 naar 1999 is gebruik gemaakt van NS-cijfers.

# 1. Inleiding

*De opzet van het Onderzoek Verplaatsingsgedrag (OVG) is met ingang van 1999 volledig vernieuwd. De nieuwe opzet heeft geleid tot een trendbreuk ten opzichte van voorgaande jaren. Het is niet mogelijk de cijfers uit deze publicatie te vergelijken met cijfers uit de voorgaande publicaties gebaseerd op de onderzoeksjaren 1985 tot en met 1998.*

## Nieuw OVG

Sinds 1978 wordt door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) jaarlijks de enquête Onderzoek Verplaatsingsgedrag uitgevoerd. In 1985 is de enquête voor het eerst ingrijpend gewijzigd. Per 1 januari 1999 is de onderzoeksmethodiek voor de tweede keer gewijzigd. De dalende telefonische bereikbaarheid, de dalende respons, de twijfel met betrekking tot gewenste representativiteit en vergelijkbaarheid en de 'veroudering' van statistische informatie maakten het noodzakelijk om de opzet van het OVG te herzien.

In september 1997 is een pilot gehouden om te onderzoeken of de opzet van het New KONTIV Design (NKD), ontwikkeld door Socialdata uit München, een substantieel hogere respons en een betere kwaliteit zou opleveren dan het oude OVG. De pilot leverde een beduidend hogere respons op. Op basis van de positieve resultaten van de pilot hebben het CBS en de Adviesdienst Verkeer en Vervoer van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat besloten een nieuwe opzet van het OVG conform het NKD te ontwikkelen: Nieuw OVG. Vanaf mei 1998 is naast het 'Oud' OVG, ook het Nieuw OVG uitgevoerd. Het doel hiervan was om de verschillen in kaart te brengen die optreden als gevolg van het nieuwe design. De resultaten hiervan zijn gebruikt om een voorlopige methode te ontwikkelen voor een trendbreukcorrectie. Met ingang van 1 januari 1999 is het Nieuw OVG integraal ingevoerd. De nieuwe opzet van het OVG staat beschreven in hoofdstuk 2.

## Voorlopige resultaten

In deze publicatie over de mobiliteit van de Nederlandse bevolking zijn de voorlopige resultaten weergegeven van het OVG 1999. In 2000 en 2001 zal het nieuwe datamateriaal van 1999 verder worden geanalyseerd. Dit kan mogelijk leiden tot bijstelling van de onderzoeksresultaten van het OVG 1999.

## Trendbreuk

Door de invoering van het nieuwe onderzoeksdesign in 1999 is een trendbreuk in de onderzoeksresultaten opgetreden. Zowel de wijze van benadering als de methode van enquêtering, de gehanteerde vragenlijsten en de verwerking daarvan zijn ten opzichte van de voorgaande onderzoeken grondig gewijzigd. In de jaren 1985 tot en met 1998 is het complete onderzoeksdesign van het OVG ongewijzigd gebleven om de vergelijkbaarheid van de resultaten in de tijd niet te schaden.

Het redesign van het OVG heeft verstreckende gevolgen voor de resultaten en bovenal voor de vergelijkbaarheid van de resultaten van jaar tot jaar. Om de gevolgen van de invoering van het redesign van het OVG op de onderzoeksresultaten te kunnen kwantificeren, is in 1998 zowel het oude als het nieuwe onderzoeksdesign toegepast. De onderzoeksresultaten in de publicatie 'De mobiliteit van de Nederlandse bevolking in 1998' zijn echter volledig gebaseerd op het oude onderzoeksdesign.

Op basis van de resultaten van het parallel draaien in 1998 is een voorlopige trendbreukcorrectie ontwikkeld. Voor de onderzoeksjaren 1986 tot en met 1998 zijn met behulp van deze correctiemethode de onderzoeksresultaten herberekend, waardoor vergelijking mogelijk is met de cijfers van 1999. Het is derhalve niet mogelijk de cijfers uit deze publicatie te vergelijken met cijfers uit publicaties gebaseerd op de onderzoeksjaren 1985 tot en met 1998. In de tabel met de kerncijfers (zie pag. 5) is een herberekende en in de tijd vergelijkbare reeks samengesteld. In 2000 en 2001 zal de methode voor de trendbreukcorrectie verder worden verfijnd. Definitieve gecorrigeerde cijfers zullen na afronding van dit project ter beschikking komen.

## Uitbreiding steekproef

De steekproefomvang van het OVG is vanaf 1 januari 1995 verzesvoudigd ten opzichte van het OVG 1993. Deze uitbreiding is mogelijk gemaakt door de Adviesdienst Verkeer en Vervoer van het Ministerie van Verkeer en Waterstaat. Een van de belangrijkste redenen voor de uitbreiding was de groeiende behoefte aan inzicht in het mobiliteitsgedrag op regionaal niveau. Sinds de uitbreiding van de steekproef zijn in deze publicatie extra tabellen met mobiliteitsgegevens per provincie opgenomen. Daarnaast was er behoefte aan meer nauwkeurige gegevens over het gebruik van het openbaar vervoer. De vergroting van de steekproef heeft ertoe geleid dat de 95%-betrouwbaarheidsmarges van de schatters (zie bijlage) voor de mobiliteit met het openbaar vervoer aanzienlijk zijn verbeterd ten opzichte van het OVG 1993. In de tabellen worden gegevens over het openbaar vervoer uitgesplitst naar vervoer per trein enerzijds en naar vervoer per bus, tram en metro anderzijds.

## Totale vervoersprestatie

In de vervoersprestatietabel (zie pag. 5) staat weergegeven op welke wijze de Nederlandse bevolking aan het verkeer heeft deelgenomen, uitgedrukt in reizigerskilometers per vervoerwijze. Als basis voor deze tabel zijn de onderzoeksresultaten van het OVG gebruikt inclusief veelvuldige verplaatsingen met auto, brom- en snorfiets, fiets en lopen. In afwijking met voorgaande jaren is de vervoersprestatie van de autobestuurder gebaseerd op het OVG en niet meer zoals bij voorgaande jaren op het Personenauto Panel (PAP) van het CBS. In 1995 werd besloten om als bron voor de totale vervoersprestatie van de personenauto het PAP te kiezen. Belangrijkste reden hiervoor was de meer betrouwbare meetmethode (kilometertellerstanden) van het PAP. Sinds de steekproefuitbreiding van het OVG is de schatting van de totale automobilititeit op basis van het OVG veel stabielier dan de schatting gebaseerd op het PAP. Het PAP heeft de laatste jaren een sterk teruglopende respons die sterk selectief is; met name auto's op naam van bedrijven zijn slecht vertegenwoordigd in de respons. Gezien deze ontwikkeling is besloten de cijfers over de totale automobilititeit te baseren op het OVG. Het PAP wordt grondig herzien en als na-enquête in het OVG geïntegreerd. Voor de berekening van de totale vervoersprestatie zijn nog enkele bijschattingen gemaakt. Per vervoerwijze is een schatting gemaakt van de vakantiemobiliteit (binnen Nederland door de Nederlandse bevolking). Ook zijn schattingen gemaakt van de mobiliteit van kinderen jonger dan 12 jaar voor de jaren voorafgaand aan 1994. Deze zijn gebaseerd op de resultaten van het verplaatsingsgedrag van kinderen uit het OVG 1994 en 1995. De globale afstandscorrecties gehanteerd in voorgaande jaren bij de auto en de fiets zijn vervallen. Voor de ontwikkeling van de totale

vervoersprestatie van de trein van 1998 naar 1999 zijn de NS-cijfers gebruikt.

### **Inhoud publicatie**

In hoofdstuk 2 zijn de opzet en de uitvoering van het Nieuw OVG beschreven. Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de gehanteerde definities. De weging en ophoging komen aan de orde in hoofdstuk 4. De opzet van de tabellenhoofdstukken is grotendeels gelijk aan voorgaande publicaties. In hoofdstuk 5 is een selectie van speciale tabellen opgenomen. Onder andere is aandacht besteed aan de mobiliteit van houders van de studenten weekkaart en studenten weekendkaart. De tabel 'Gemiddelde jaarkilometrage personenauto's naar tenaamstelling' is vervallen.

Hoofdstuk 6 gaat in op het vervoermiddelenbezit. Een algemeen beeld van de mobiliteit is geschetst in hoofdstuk 7. Achtergrondkenmerken (zoals leeftijd, geslacht en opleidingsniveau) zijn eveneens belangrijk in verband met de hoogte van de mobiliteit. Gegevens hierover zijn in hoofdstuk 8 weergegeven. In hoofdstuk 9 is vervolgens ingegaan op geografische kenmerken die van invloed zijn op de mobiliteit. Hoofdstuk 10 behandelt de mobiliteit

voor de belangrijkste motieven. In hoofdstuk 11 zijn gegevens opgenomen over de algemene mobiliteit per provincie. In de bijlage is de betrouwbaarheid van de gegevens kort toegelicht. Voor de belangrijkste resultaten zijn de betrouwbaarheidsmarges opgenomen. In de aanhangsels zijn de gehanteerde vragenlijsten voor de basisenquête en de na-enquêtes opgenomen.

### **Meer informatie**

Deze publicatie geeft een zo volledig mogelijk beeld van de mobiliteit van de Nederlandse bevolking in 1999. Hierbij kan geput worden uit een grote hoeveelheid tabellen. Ter wille van de omvang is slechts een gedeelte van de beschikbare tabellen in deze publicatie opgenomen. Door de uitbreiding kunnen vanaf 1995 betrouwbaardere tabellen op een lager regionaal niveau geleverd worden. Voor informatie over de levering van (maatwerk)tabellen kunt u contact opnemen met ir. H.J. Konen, tel. (045) 570 65 28; e-mail: rkon@cbs.nl. Dhr. Konen kan eveneens informatie verstrekken over hoe men de beschikking kan krijgen over het microbestand van het OVG 1999.

## 2. Opzet van het Nieuw OVG

Met ingang van het onderzoeksjaar 1999 heeft een herontwerp van het OVG plaatsgevonden waarbij de opzet van het gehele onderzoek ingrijpend is gewijzigd. Het steekproefkader, de waarnemingsmethode, de vragenlijsten en de bewerkingsmethode wijken sterk af van het OVG in voorgaande jaren.

### Populatie en steekproef

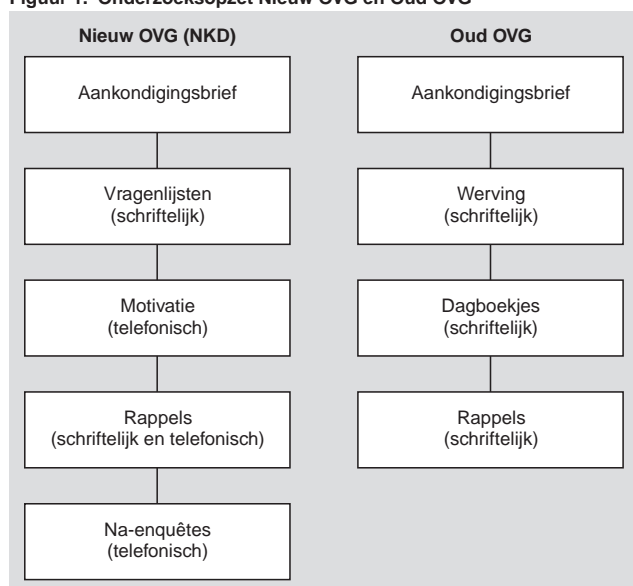
De onderzoekspopulatie wordt gevormd door de Nederlandse bevolking. Ten behoeve van het OVG wordt maandelijks een steekproef van adressen getrokken. Tot 1999 werden deze steekproeven getrokken uit het Geografisch BasisRegister (GBR) van KPN. Bij de invoering van het Nieuw OVG is besloten om het steekproefkader in het vervolg te baseren op de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA), in plaats van het GBR. Door het kader op de GBA te baseren, zijn gegevens beschikbaar over alle op deze adressen woonachtige personen. Dit maakt het voor het OVG mogelijk om de personen die op een getrokken adres wonen op naam aan te schrijven, hetgeen ertoe bijdraagt dat er beter wordt gerespondeerd. Ieder adres heeft een gelijke kans om getrokken te worden.

Door KPN en het CBS zijn aan de getrokken adressen voor zover mogelijk telefoonnummers toegevoegd. De steekproef is vervolgens aselekt verdeeld over alle dagen van het jaar. De hierbij voor ieder adres bepaalde datum is de dag waarover aan de respondenten verzocht is hun mobiliteit te registreren (invuldag). In afwijking met voorgaande jaren worden ook huishoudens zonder telefoon of met een geheim telefoonnummer voor het onderzoek benaderd.

### Methode van onderzoek

Het Nieuw OVG is gebaseerd op het New KONTIV Design en is opgezet als een relatief eenvoudige schriftelijke enquête, met telefonische motivatie van respondenten en eventuele na-enquêtes voor meer gedetailleerde gegevens per subgroep.

Figuur 1. Onderzoekopzet Nieuw OVG en Oud OVG



Omdat schriftelijke enquêtes normaliter een slechte respons leveren, wordt de schriftelijke enquête direct gevolgd door een telefonische ronde om huishoudens te motiveren vragenlijsten in te vullen. De telefoon wordt niet ingezet om te enquêteren, maar om te motiveren. Alleen als de gewenste informatie niet anders is te verkrijgen, wordt telefonisch geënquêteerd. Naast de schriftelijke rappels wordt gelijktijdig telefonisch gerappelleerd (zie figuur 1). Huishoudens zonder telefoon of met een geheim telefoonnummer worden alleen postaal benaderd.

De respondenten krijgen eerst een aankondigingsbrief toegestuurd. Enkele dagen daarna volgt de complete set formulieren: de huishoudvragenlijst, vijf persoonsvragenlijsten, een begeleidende brief en een foldertje met antwoorden op eventuele vragen. Het huishouden wordt daarna gebeld op de dag, dat de vragenlijsten moeten worden ingevuld. Er volgt dan een motivatiegesprek. De enquêtrices zullen in dit eerste motivatiegesprek alleen eraan herinneren de vragenlijsten toch vooral in te vullen (indien dat nog niet is gebeurd). Verder zullen zij, indien nodig of gewenst, helpen bij het invullen en bij eventuele problemen.

Een belangrijk voordeel van een schriftelijke enquête is dat deze wijze van data verzamelen in het algemeen voor respondenten het minst belastend is. Bij het NKD gaat men uit van de veronderstelling dat de ondervrager zich aan de ondervraagde moet aanpassen, en niet de ondervraagde aan de ondervrager. Het telefonische contact bijvoorbeeld is daarom vooral bedoeld om de mensen te motiveren om de vragenlijsten toch in te vullen, te helpen als zich problemen mochten voordoen of als mensen bepaalde dingen niet begrijpen, etc. Dit alles gebeurt om de respons en de kwaliteit van de verzamelde gegevens zo hoog mogelijk te krijgen.

Een van de meest opvallende verschillen met het oude OVG is dat er nu eerst vragenlijsten zijn toegestuurd en vervolgens het telefoongesprek volgt.

Elke dag wordt gebeld, behalve op zaterdag en zondag. Op vrijdag zijn ook de mensen gebeld met zaterdag als invuldag en op maandag zijn de mensen gebeld met zondag als invuldag. Als een huishouden over de eerste invuldag de vragenlijsten nog niet heeft ingevuld/teruggestuurd, dan wordt precies een week later weer gebeld en verschuift de invuldag een week. Heeft een huishouden na dit tweede motivatiegesprek nog geen vragenlijsten ingevuld, dan wordt de invuldag weer een week verschoven en wordt het huishouden opnieuw gebeld. Afhankelijk van de gerealiseerde respons wordt maximaal vier maal telefonisch en schriftelijk gerappelleerd.

Huishoudens die niet telefonisch bereikbaar zijn (geen telefoonbezit of geheim nummer) krijgen wel de vragenlijsten, maar worden verder niet 'begeleid' door de enquêtrices. Zij krijgen na één en twee weken een rappelbrief, indien de vragenlijsten nog niet zijn ontvangen door het CBS. Bij de derde rappelronde (na drie weken) krijgen zij nieuwe vragenlijsten toegestuurd. Tenslotte wordt na vier weken zo nodig nog een vierde rappelbrief gestuurd.

### Vragenlijsten

De vragenlijsten zijn zo eenvoudig mogelijk gehouden om de respondenten niet lastig te vallen met definities. In de aanhangsels zijn de in 1999 gebruikte vragenlijsten opgenomen.

Het Nieuw OVG heeft als uitgangspunt dat het belangrijker is dat de respondent in eigen terminologie antwoordt, dan dat voor-gecodeerde antwoorden en toelichtingen tot verwarring leiden. De belasting van de respondent wordt verschoven naar het CBS. In vergelijking met de opzet van het oude OVG zijn de vragenlijsten



korter en gemakkelijker leesbaar; er zijn geen definities, uitgebreide toelichtingen en voorbeelden opgenomen. Als vragenlijsten onvolledig, slecht of foutief zijn ingevuld, worden indien mogelijk telefonisch de ontbrekende/correcte gegevens verzameld.

De basisenquête bestaat uit een schriftelijke huishoudvragenlijst en persoonsvragenlijsten. In de huishoudvragenlijst worden huishoudgegevens en achtergrondkenmerken van alle personen van 6 jaar of ouder verzameld. Daarnaast zijn in deze vragenlijst vragen opgenomen over het vervoermiddelenbezit op huishouden op persoonsniveau. In de persoonsvragenlijsten worden alle relevante verplaatsingsgegevens verzameld. Elke persoon van 6 jaar of ouder wordt gevraagd over de toegewezen enquêtedag alle verplaatsingen te registreren; deze gegevens hebben betrekking op alle verplaatsingen van één dag, zoals dit ook bij het oude OVG het geval was.

### **Na-enquêtes**

Een deel van de responderende huishoudens is opnieuw benaderd om extra informatie te verzamelen voor de zogenaamde na-enquêtes. Bij kinderen jonger dan 6 jaar, bij slecht ingevulde en incomplete vragenlijsten, bij openbaar vervoerverplaatsingen, en bij verkeersongevallen zijn de desbetreffende huishoudens c.q. respondenten telefonisch herbenaderd. De in 1999 gehanteerde vragenlijsten voor de na-enquêtes zijn in de aanhangsels opgenomen.

Aangezien alle na-enquêtes telefonisch worden uitgevoerd, zijn bij de responderende huishoudens zonder telefoonnummers geen na-enquêtes gehouden.

### **Verzamelde data**

Van elk in de steekproef aanwezig huishouden zijn huishoudgegevens verzameld; van elke persoon in het huishouden zijn persoonsgegevens en gedurende een dag (de enquêtedag) gegevens over alle gemaakte verplaatsingen verzameld.

### **Grenzen van de waarneming**

Voor een juiste interpretatie van de gegevens in deze publicatie wordt hier nog eens duidelijk aangegeven welke delen van de mobiliteit niet worden waargenomen. Personen verblijvend in tehuizen zijn niet in de steekproef opgenomen. Verder ontbreekt de vakantiemobiliteit. Daarnaast is alleen de mobiliteit van de Nederlandse bevolking binnen Nederland gemeten. Verplaatsingen die in het buitenland worden gemaakt ontbreken derhalve. Bij grensoverschrijdende verplaatsingen wordt alleen de afstand die in Nederland is afgelegd meegenomen. Een aparte plaats nemen de veelvuldige verplaatsingen in. In de meeste tabellen zijn deze verplaatsingen niet opgenomen, tenzij dit door middel van een voetnoot uitdrukkelijk vermeld is.

### **Responsverantwoording**

De bruto steekproef voor het OVG 1999 bedroeg 94 344 adressen. Van deze adressen behoorde 4% niet tot de doelpopulatie (bedrijven, huishoudens die tijdens de enquêteperiode op vakantie waren). In totaal werden 90 482 huishoudens benaderd, waarvan 72 988 telefonisch bereikbaar waren. Van 17 494 huishoudens was geen telefoonnummer bekend. In totaal heeft 71,2% gerepsondeerd. Van de huishoudens met een bekend telefoonnummer repondeerde 79,6% en van de huishoudens zonder telefoonnummer 36,1%. Voor de berekening van de onderzoeksresultaten over het statistiekjaar 1999 zijn alle bruikbare vragenlijsten geselecteerd waarvan de feitelijke invuldag in 1999 lag.

Dit betekent dat de vragenlijsten van personen die in de steekproef van het nieuwe OVG van december 1998 zaten, maar waarvan de feitelijke invuldag in 1999 ligt, in de berekeningen zijn meegenomen (zogenaamde doorschuivers). Personen uit de steekproef van 1999 die echter repondeerden met een feitelijke invuldag in 2000 zijn niet in de berekeningen van 1999 meegenomen. Hierdoor komen de bovenstaande responscijfers niet exact overeen met de voor de berekeningen van de onderzoeksgegevens van 1999 gebruikte aantallen vragenlijsten. Uiteindelijk zijn 63 284 huishoudvragenlijsten en 146 238 persoonsvragenlijsten gebruikt bij de samenstelling van deze publicatie.

### 3. Doelstelling en definities

#### Doelstelling

De doelstelling van het Onderzoek Verplaatsingsgedrag is het mobiliteitspatroon van de Nederlandse bevolking te beschrijven. Concreet houdt dit in dat bij verplaatsingen informatie wordt verzameld over plaats van herkomst en bestemming, tijdstip van vertrek en van aankomst, welke vervoermiddelen worden gebruikt en met welk motief de verplaatsingen worden gemaakt. Daarnaast wordt ruime aandacht geschonken aan verklarende factoren voor het verplaatsingsgedrag.

#### Definities

##### *Huishouden:*

Een huishouden bestaat uit één of meer personen die alleen of samen in een woonruimte gehuisvest zijn en zelf in hun dagelijkse levensbehoeften voorzien.

##### *Enquêtedag:*

Dit is de dag waarover de respondent zijn of haar verplaatsingen rapporteert.

##### *Verplaatsing:*

Een verplaatsing is gedefinieerd als een reis of een gedeelte van een reis met één motief, waarbij het overgaan op een andere vervoerwijze niet als nieuwe verplaatsing geldt.

##### *Veelvuldige verplaatsingen:*

Dit zijn veel voorkomende werkverplaatsingen, gemaakt door bijv. postbodes, vertegenwoordigers, venters e.d. die tijdens de enquête apart zijn geregistreerd. Deze verplaatsingen zijn in de meeste tabellen niet opgenomen, tenzij uitdrukkelijk vermeld.

##### *Nulvervoer:*

Hiervan is sprake indien de respondent op de enquêtedag geen verplaatsingen heeft gemaakt.

##### *Motief:*

Het motief van een verplaatsing wordt bepaald door de bezigheid op het bestemmingsadres, tenzij deze bezigheid 'wonen' is. In dit geval is de bezigheid op het herkomstadres bepalend voor het motief.

##### *Rit:*

Onder een rit wordt verstaan een (onderdeel van een) verplaatsing die met een vervoerwijze plaatsvindt. Een rit eindigt wanneer men de plaats van bestemming bereikt of wanneer men van vervoerwijze verandert.

##### *Modal Split:*

De verdeling van de verplaatsingen over de vervoerwijzen.

##### *Hoofdvervoerwijze:*

De hoofdvervoerwijze van een verplaatsing is die vervoerwijze, die aan een verplaatsing welke uit meer dan een rit bestaat, wordt toegekend. De toekenning geschiedt volgens een vooraf bepaalde prioriteitenvolgorde. Het begrip hoofdvervoerwijze komt alleen voor in de tabellen over aantallen verplaatsingen.

##### *De gehanteerde prioriteitenvolgorde is als volgt:*

- Trein
- Bus/Tram/Metro
- Autobestuurder
- Autopassagier
- Taxi
- Motor/Scooter
- Bromfiets
- Snorfiets
- Fiets
- Bij iemand op de fiets
- Overig
- Lopen
- Onbekend

##### *Stedelijkheidsgraad:*

De urbanisatiegraad-typologie van gemeenten is binnen het CBS vervangen door een indeling naar stedelijkheid. Deze indeling is gebaseerd op de maatstaf 'adressendichtheid van de omgeving'. Er worden vijf categorieën onderscheiden:

- Zeer sterk stedelijk
- Sterk stedelijk
- Matig stedelijk
- Weinig stedelijk
- Niet stedelijk

#### Berekening van gemiddelden

Het gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag wordt berekend door het totaal aantal in de steekproef geregistreerde verplaatsingen te delen door het totaal aantal enquêtedagen. Het gemiddeld aantal afgelegde kilometers per persoon per dag wordt berekend door het totaal aantal afgelegde kilometers te delen door het totaal aantal enquêtedagen. In verband met de interpretatie van het gemiddelde aantal verplaatsingen, zijn de volgende zaken van belang:

- De enquêtedagen van personen die geen verplaatsingen maken op de enquêtedag worden eveneens meegeteld (zogenoemd nulvervoer). Het gemiddelde heeft betrekking op alle personen, echter uitgesloten zijn personen wonend in tehuizen e.d. en personen die met vakantie zijn.
- De veelvuldige verplaatsingen zijn bij de berekening van de gemiddelden niet meegeteld, tenzij uitdrukkelijk vermeld.

## 4. Weging en ophoging

Het doel van de weging is het compenseren van vertekeningen die optreden door onder- en oververtegenwoordiging van bepaalde groepen. Bij de ophoging worden de resultaten van de enquête tevens 'vertaald' naar populatie-aantallen.

Bij het ophogen is aan ieder individu in de steekproef een ophogegewicht toegekend zodanig dat de som van de gewogen doelvariabelen een goede schatting geeft voor het populatietotaal van de betreffende doelvariabele. Bij de ophoging van het OVG is gebruik gemaakt van de methode van lineair wegen. Hierbij worden ophogegewichten bepaald op basis van het zogenaamde insluitgewicht en het correctiegewicht.

Het insluitgewicht houdt alleen rekening met de manier waarop de steekproef getrokken is. In de weegmodellen van voor 1999 zorgde het insluitgewicht er alleen voor dat alle dagen van het jaar in gelijke mate voorkwamen. Met ingang van 1999 wordt tevens rekening gehouden met de telefonische bereikbaarheid van een huishouden. De kans dat een telefonisch bereikbaar huishouden respondeert is immers twee keer zo groot als de kans op respons bij een niet telefonisch bereikbaar huishouden.

De nauwkeurigheid van de schatter kan verder worden verbeterd door gebruik te maken van hulpvariabelen waarvan de populatietotalen via externe bronnen bekend zijn. Deze hulpvariabelen dienen sterk samen te hangen met de doelvariabelen. Dit gebeurt aan de hand van het zogenaamde correctiegewicht dat ervoor zorgt dat de geschatte totalen van de gebruikte hulpvariabelen precies overeenkomen met de bekende populatietotalen. Hierdoor wordt gecorrigeerd voor eventuele scheefheid van de steekproefverdeling van deze hulpvariabelen ten opzichte van de werkelijke populatieverdeling. Dat wil zeggen dat respondenten behorende tot categorieën van hulpvariabelen die in de steekproef zijn ondervertegenwoordigd (ten gevolge van non-respons) een groter ophogegewicht krijgen ten opzichte van respondenten behorend tot categorieën die goed responderen. Correctiegewichten zijn berekend aan de hand van een regressiemodel. Hierbij is een lineair verband verondersteld tussen de doelvariabelen en de hulpvariabelen. Het uiteindelijke ophogegewicht is het product van het insluitgewicht en het correctiegewicht.

### Weegvariabelen

De gebruikte hulpvariabelen in het weegmodel van 1999 zijn dezelfde als die zijn gebruikt in de weegmodellen van de jaren ervoor, met uitzondering van de leeftijdsklasse. Voor deze hulpvariabele is de categorie van personen jonger dan 12 jaar gesplitst in twee klassen: personen jonger dan 6 jaar en personen van 6–11 jaar. Reden hiervoor is dat bij de nieuwe opzet verplaatsingsgegevens van kinderen jonger dan 6 jaar telefonisch worden verzameld. Aangezien niet alle huishoudens met kinderen jonger dan 6 jaar telefonisch bereikbaar zijn, is het te verwachten dat kinderen van 0–5 jaar minder goed vertegenwoordigd zijn in de steekproef dan kinderen van 6–11 jaar. Samenvattend zijn voor de herweging de volgende variabelen in het model opgenomen (inclusief een aantal interacties): stedelijkheidsgraad, leeftijd, geslacht, huishoudgrootte, autobezit naar bouwjaar, brand-

stofsoort en invulmaand. De volgende klasse-indeling is daarbij gehanteerd.

#### *Stedelijkheidsgraad*

- Niet stedelijk
- Weinig stedelijk
- Amsterdam, Rotterdam, Den Haag
- Overige steden met meer dan 100 000 inwoners
- Overige gemeenten

#### *Leeftijd*

- 0–< 6 jaar
- 6–<12 jaar
- 12–<18 jaar
- 18–<30 jaar
- 30–<40 jaar
- 40–<50 jaar
- 50–<65 jaar
- 65–<75 jaar
- 75 jaar of ouder

#### *Geslacht*

- Man
- Vrouw

#### *Huishoudgrootte (als persoonskenmerk)*

- Eenpersoonshuishouden
- Tweepersoonshuishouden
- Driepersoonshuishouden
- Vierpersoonshuishouden
- Huishouden van vijf of meer personen

#### *Autobezit naar bouwjaar*

- Geen auto
- <1991
- 1991–1993
- 1994–1996
- 1997–1999

#### *Brandstofsoort*

- Geen auto
- Benzine
- Diesel
- LPG

#### *Invulmaand*

- Januari
- Februari
- Maart
- April
- Mei
- Juni
- Juli
- Augustus
- September
- Oktober
- November
- December

## 5. Speciale gegevens

**Tabel 5.1**  
Aantal personenauto's per 1 000 inwoners <sup>1)</sup> per inkomensklasse, 1999

	Geen eigen inkomen	Minder dan 15 000 gld	15 000 tot 30 000 gld	30 000 tot 45 000 gld	45 000 tot 60 000 gld	60 000 gld of meer	Totaal
Aantal auto's per 1000 inwoners	285	267	445	659	750	841	518

<sup>1)</sup> Het betreft hier personen van 18 jaar of ouder. Het aantal personen van 18 jaar of ouder in Nederland (exclusief tehuusbewoners) medio 1999 bedroeg ca. 12 120 000.

**Tabel 5.2**  
Aantal personenauto's per bouwjaarklasse naar enkele kenmerken van de hoofdgebruiker, 1999

	1990 of eerder	1991 t/m 1993	1994 t/m 1996	1997	1998	1999	Totaal (abs.=100%)
	%						x 1 000
<b>Inkomensklasse</b>							
Geen eigen inkomen	44,8	18,9	19,4	6,2	6,8	3,8	631
Minder dan 15 000 gld	52,5	19,5	16,1	4,5	4,7	2,7	398
15 000 tot 30 000 gld	50,1	20,5	15,7	4,9	5,6	3,3	1 151
30 000 tot 45 000 gld	40,0	21,4	18,8	7,0	8,1	4,8	1 434
45 000 tot 60 000 gld	30,4	20,7	22,8	9,0	10,4	6,7	1 054
60 000 gld of meer	18,9	16,5	24,9	14,3	15,8	9,6	1 009
<b>Opleidingsniveau</b>							
Basisonderwijs	50,1	19,1	15,9	5,3	6,5	3,2	497
Lbo/lavo/mavo	41,8	20,4	18,6	6,9	7,7	4,7	2 041
Mbo/havo	36,9	19,7	20,2	8,0	9,3	5,9	2 019
Hbo/Universiteit	30,0	18,9	22,7	10,4	11,2	6,8	1 529
<b>Maatschappelijke participatie</b>							
Werkend:							
minder dan 30 uur	44,1	20,2	18,8	5,7	6,8	4,3	734
30 uur of meer	34,5	19,5	20,3	8,9	10,3	6,5	3 553
Werkloos-/zoekend	60,5	17,4	11,7	4,2	4,2	2,0	87
Scholier/student	71,3	12,9	9,3	3,0	1,4	2,1	50
Werkt in eigen huishouding	45,0	19,8	18,5	6,4	6,5	3,9	627
Gepensioneerd	34,4	20,8	23,0	8,5	8,7	4,6	863
WAO	49,5	20,2	15,8	5,7	6,1	2,7	226
<b>Totaal</b>	<b>38,0</b>	<b>19,7</b>	<b>19,9</b>	<b>8,0</b>	<b>8,9</b>	<b>5,4</b>	<b>6 276</b>

**Tabel 5.3**  
Huishoudens en autobezit

	1995	1996	1997	1998	1999
Aantal huishoudens (x mln)	6,5	6,6	6,7	6,8	6,8
Huishoudgrootte (personen)	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Aantal auto's (x mln)	5,6	5,7	5,9	6,1	6,3
Aantal auto's per huishouden	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Huishoudens met 2 of meer auto's (x mln)	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2

**Tabel 5.4**  
**Rijbevoegdheid <sup>1)</sup> en vervoermiddelenbezit naar geslacht en leeftijdsklasse, 1999**

	Autorijbewijs	Autobezit	Motorbezit
	%		
<b>Mannen</b>			
18 tot 25 jaar	59,2	26,2	1,6
25 tot 30 jaar	86,0	57,2	5,7
30 tot 40 jaar	92,5	69,7	9,6
40 tot 50 jaar	93,4	75,9	6,5
50 tot 60 jaar	93,7	80,2	3,4
60 tot 65 jaar	91,3	80,9	1,4
65 tot 75 jaar	83,0	73,0	0,4
75 jaar of ouder	61,3	52,9	0,2
<b>Totaal</b>	<b>85,9</b>	<b>66,5</b>	<b>4,9</b>
<b>Vrouwen</b>			
18 tot 25 jaar	55,7	17,8	0,4
25 tot 30 jaar	79,8	41,9	1,7
30 tot 40 jaar	86,6	52,3	1,8
40 tot 50 jaar	82,2	48,9	1,0
50 tot 60 jaar	75,9	41,9	0,3
60 tot 65 jaar	61,6	28,7	0,1
65 tot 75 jaar	43,1	22,2	0,0
75 jaar of ouder	17,6	11,6	0,0
<b>Totaal</b>	<b>68,4</b>	<b>37,5</b>	<b>0,8</b>
<b>Mannen en Vrouwen</b>	<b>77,0</b>	<b>51,8</b>	<b>2,8</b>

<sup>1)</sup> In de nieuwe opzet van het OVG is de vraag naar het bezit van een motorrijbewijs vervallen.

**Tabel 5.5**  
**Aandeel personen <sup>1)</sup> dat gebruik maakt van het openbaar vervoer <sup>2)</sup> naar geslacht, leeftijdsklasse en autobezit, 1999**

	Mannen			Vrouwen			Totaal
	totaal	auto	geen auto	totaal	auto	geen auto	
	%						
0 tot 12 jaar	1,6	–	1,6	1,6	–	1,6	1,6
12 tot 15 jaar	6,8	–	6,8	7,6	–	7,6	7,2
15 tot 18 jaar	13,4	–	13,4	18,2	–	18,2	15,7
18 tot 20 jaar	24,1	3,7	26,1	31,5	9,3	32,5	27,5
20 tot 25 jaar	20,4	5,4	28,4	21,8	4,6	27,2	21,1
25 tot 30 jaar	9,9	2,8	19,3	13,1	4,0	19,7	11,5
30 tot 40 jaar	7,1	3,0	16,4	6,9	3,2	10,9	7,0
40 tot 50 jaar	5,9	3,4	13,8	6,6	3,1	10,0	6,3
50 tot 60 jaar	5,1	3,3	12,4	6,0	3,0	8,2	5,5
60 tot 65 jaar	3,3	2,1	8,5	5,6	2,6	6,8	4,5
65 tot 75 jaar	3,9	2,0	8,9	6,0	2,4	7,1	5,1
75 jaar of ouder	3,5	1,3	6,1	4,9	2,6	5,2	4,4
<b>Totaal</b>	<b>7,0</b>	<b>3,0</b>	<b>11,2</b>	<b>8,0</b>	<b>3,2</b>	<b>10,1</b>	<b>7,5</b>

<sup>1)</sup> Het totaal aantal personen in Nederland (exclusief tehuusbewoners) medio 1999 bedroeg 15 583 000.

<sup>2)</sup> Openbaar vervoer gebruikers zijn gedefinieerd als personen die tijdens de dag van enquëtering minimaal één rit met het openbaar vervoer hebben gemaakt.

Tabel 5.6

Aandeel personen dat gebruik maakt van het openbaar vervoer <sup>1)</sup> naar geslacht, leeftijdsklasse en rijbewijsbezit, 1999

	Mannen			Vrouwen			Totaal
	totaal	auto-rijbewijs	geen auto-rijbewijs	totaal	auto-rijbewijs	geen auto-rijbewijs	
	%						
0 tot 12 jaar	1,6	–	1,6	1,6	–	1,6	1,6
12 tot 15 jaar	6,8	–	6,8	7,6	–	7,6	7,2
15 tot 18 jaar	13,4	–	13,4	18,2	–	18,2	15,7
18 tot 20 jaar	24,1	20,4	25,7	31,5	29,2	32,6	27,5
20 tot 25 jaar	20,4	16,8	30,5	21,8	18,4	28,7	21,1
25 tot 30 jaar	9,9	7,0	27,4	13,1	9,9	26,0	11,5
30 tot 40 jaar	7,1	5,4	27,6	6,9	5,2	17,9	7,0
40 tot 50 jaar	5,9	4,9	20,4	6,6	5,0	14,2	6,3
50 tot 60 jaar	5,1	4,3	16,9	6,0	4,7	10,2	5,5
60 tot 65 jaar	3,3	2,7	10,1	5,6	3,8	8,6	4,5
65 tot 75 jaar	3,9	2,9	8,5	6,0	3,7	7,8	5,1
75 jaar of ouder	3,5	1,8	6,3	4,9	3,0	5,3	4,4
<b>Totaal</b>	7,0	5,7	9,5	8,0	6,6	9,7	7,5

<sup>1)</sup> Openbaar vervoer gebruikers zijn gedefinieerd als personen die tijdens de dag van enquêtering minimaal één rit met het openbaar vervoer hebben gemaakt.

Tabel 5.7

Gemiddelde woon-werkafstand naar hoofdvervoerswijze <sup>1)</sup>

	1999
	<i>km</i>
Auto (bestuurder)	20,5
Auto (passagier)	22,0
Trein	44,5
Bus/tram/metro	14,9
Bromfiets	7,3
Fiets	4,0
Lopen	1,2
Overig	17,6
<b>Totaal</b>	16,3

<sup>1)</sup> Cijfers over voorgaande jaren zijn in verband met de trendbreuk nog niet beschikbaar.

Tabel 5.8

Woon-werk verplaatsingen naar afstandsklasse en hoofdvervoerswijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
	%								
0 tot 2,5 km	19,5	2,9	0,1	1,0	1,5	54,9	18,3	1,7	100
2,5 tot 5 km	38,1	5,0	0,2	3,2	1,9	48,7	0,6	2,2	100
5 tot 10 km	51,5	7,5	0,8	6,0	3,2	28,5	0,1	2,4	100
10 tot 15 km	63,2	8,6	2,4	8,7	2,4	11,9	0,0	2,7	100
15 tot 20 km	69,4	9,3	4,5	8,1	1,3	4,3	0,0	3,1	100
20 tot 30 km	69,4	9,0	9,8	6,9	0,8	1,2	0,0	3,0	100
30 tot 40 km	71,6	9,0	11,0	5,3	0,1	0,3	0,0	2,7	100
40 km of meer	64,1	11,4	19,4	2,6	0,0	0,2	0,0	2,4	100
<b>Totaal</b>	49,6	7,1	4,3	4,7	1,7	26,3	4,0	2,4	100

**Tabel 5.9**  
**Afgelegde afstand naar dienstverband, motief en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									km
<b>Voltijd <sup>1)</sup></b>	65,9	14,9	7,7	2,6	0,4	4,7	1,1	2,8	100	48,67
Werken	66,0	9,9	10,5	4,0	0,6	5,5	0,6	3,0	100	19,99
Zakelijk bezoek	78,6	9,4	6,1	1,1	0,1	0,9	0,2	3,6	100	6,82
Visite/logeren	65,8	23,8	4,6	1,0	0,2	2,6	0,6	1,3	100	7,80
Winkelen	65,2	16,9	4,7	2,5	0,3	7,0	2,7	0,7	100	3,16
Onderwijs volgen	58,3	12,8	18,6	5,3	0,3	2,8	0,8	1,1	100	0,73
Ontspanning/sport	54,7	25,6	6,6	2,2	0,2	6,1	1,3	3,3	100	3,83
Toeren/wandelen	43,7	20,8	4,5	0,7	0,1	14,1	7,4	8,7	100	2,29
Overige	69,9	16,6	5,7	1,5	0,3	3,0	0,8	2,2	100	4,05
<b>Deeltijd <sup>2)</sup></b>	47,6	29,4	7,9	4,2	0,5	7,3	2,0	1,3	100	34,05
Werken	57,9	9,9	10,5	8,0	1,1	9,7	1,0	2,0	100	8,99
Zakelijk bezoek	64,5	15,1	11,6	3,2	0,3	2,4	0,4	2,6	100	2,03
Visite/logeren	37,6	51,4	4,6	2,0	0,2	3,0	0,8	0,5	100	8,16
Winkelen	47,1	30,7	3,8	3,0	0,2	11,2	3,5	0,5	100	4,15
Onderwijs volgen	28,7	12,5	35,9	13,5	1,1	5,9	1,3	1,1	100	1,23
Ontspanning/sport	40,6	41,5	5,8	2,5	0,2	6,7	1,7	1,0	100	3,29
Toeren/wandelen	20,9	43,2	7,4	1,8	0,1	13,5	10,8	2,3	100	2,03
Overige	61,3	22,9	4,4	1,5	0,2	6,6	2,0	1,1	100	4,17

<sup>1)</sup> Personen die 30 uur of meer per week betaald werk verrichten.

<sup>2)</sup> Personen die minder dan 30 uur per week betaald werk verrichten.

**Tabel 5.10**  
**Verplaatsingen naar hoofdvervoerwijze en bezit studenten openbaar vervoerkaart, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Studenten weekkaart	0,44	0,42	0,41	0,43	0,04	1,05	0,42	0,05	3,27
Studenten weekendkaart	0,48	0,37	0,15	0,21	0,11	1,49	0,40	0,07	3,28
Overig	1,02	0,54	0,05	0,08	0,02	0,79	0,59	0,05	3,14
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 5.11**  
**Afgelegde afstand naar vervoerwijze en bezit studenten openbaar vervoerkaart, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Studenten weekkaart	6,67	8,69	17,64	8,08	0,23	3,70	0,95	0,76	46,73
Studenten weekendkaart	6,69	8,59	11,51	2,92	0,65	4,72	0,55	1,15	36,77
Overig	15,73	8,61	2,30	1,12	0,13	2,37	0,64	0,82	31,72
<b>Totaal</b>	15,43	8,61	2,79	1,33	0,14	2,42	0,65	0,81	32,18

Tabel 5.12

## Afgelegde afstand naar autobeschikbaarheid en diverse persoonskenmerken met een homogeen verplaatsingsgedrag, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Fiets	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>							
<b>Personen 0–11 jaar</b>	–	13,79	0,30	0,30	1,71	1,13	17,23
<b>Personen 12–17 jaar</b>	–	8,99	1,93	2,59	6,00	1,99	21,50
<b>Geen auto beschikbaar <sup>1)</sup></b>	1,61	6,72	5,82	2,98	2,84	1,98	21,96
Gehuwde vrouwen	1,13	9,63	4,03	2,26	2,31	1,48	20,83
met kinderen onder 12 jaar	1,04	8,55	2,60	1,74	2,97	1,37	18,28
overige gehuwde vrouwen	1,14	9,78	4,24	2,33	2,22	1,49	21,20
Overige GAB	1,88	5,10	6,83	3,38	3,13	2,27	22,59
laag opgeleiden	0,55	3,40	1,72	1,54	1,55	1,99	10,73
overig	2,34	5,68	8,58	4,01	3,67	2,36	26,64
<b>Soms auto beschikbaar <sup>2)</sup></b>	10,84	12,14	4,34	1,62	2,92	2,00	33,86
Gehuwde vrouwen	6,76	13,93	3,15	1,31	2,66	1,25	29,06
met kinderen onder 12 jaar	7,87	11,73	1,23	0,56	2,88	1,09	25,37
overige gehuwde vrouwen	6,37	14,70	3,83	1,57	2,59	1,30	30,37
Overige SAB	18,11	8,95	6,47	2,18	3,36	3,34	42,42
<b>Wel auto beschikbaar <sup>3)</sup></b>	33,37	6,29	1,61	0,48	1,63	1,34	44,72
Geen inkomen	16,05	8,27	0,66	0,38	1,46	0,95	27,77
Minder dan 15 000 gld	19,63	7,98	1,45	0,73	1,66	1,02	32,47
15 000 tot 30 000 gld	23,63	6,68	0,82	0,48	1,40	1,08	34,10
30 000 tot 45 000 gld	33,48	6,07	1,72	0,53	1,82	1,58	45,21
45 000 tot 60 000 gld	41,59	5,34	1,91	0,51	1,89	1,27	52,51
60 000 gld of meer	53,82	5,67	2,98	0,49	1,66	1,77	66,37
<b>Totaal</b>	15,43	8,61	2,79	1,33	2,42	1,60	32,18

<sup>1)</sup> GAB: Geen auto binnen huishouden en/of geen rijbewijs.

<sup>2)</sup> SAB: Wel auto binnen huishouden en rijbewijsbezitter, maar geen autobezitter.

<sup>3)</sup> WAB: Rijbewijsbezitter en autobezitter.

Tabel 5.13

Afgelegde afstand en participatiegraad <sup>1)</sup> naar geslacht en leeftijdsklasse, 1999

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
	gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag			participatiegraad (%)		
0 tot 12 jaar	17,17	17,29	17,23	84,4	84,9	84,6
12 tot 15 jaar	19,88	19,03	19,46	86,5	85,5	86,0
15 tot 18 jaar	23,28	23,96	23,62	85,7	86,0	85,8
18 tot 20 jaar	37,10	37,38	37,22	84,0	85,1	84,5
20 tot 25 jaar	45,69	36,18	41,05	85,6	87,3	86,5
25 tot 30 jaar	50,86	36,57	43,55	88,1	89,3	88,7
30 tot 40 jaar	51,20	32,07	41,81	89,6	88,2	88,9
40 tot 50 jaar	48,72	30,54	39,75	88,0	86,3	87,1
50 tot 60 jaar	47,20	29,52	38,48	84,6	81,0	82,9
60 tot 65 jaar	33,98	26,00	29,96	82,0	76,0	78,9
65 tot 75 jaar	25,12	18,37	21,46	74,0	68,8	71,2
75 jaar of ouder	14,85	9,14	11,24	59,4	48,5	52,5
<b>Totaal</b>	38,02	26,44	32,18	84,5	81,6	83,0

<sup>1)</sup> Aandeel personen dat op de enquêtedag minimaal één verplaatsing heeft gemaakt.



**Tabel 5.14**  
**Afgelegde afstand naar vervoerwijze, huishoudenssituatie en maatschappelijke participatie <sup>1)</sup>, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Fiets	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>							
<b>Mannen</b>							
18-64 jaar	31,77	5,65	4,01	1,40	2,48	2,17	47,48
in meerpersoonshuishoudens	32,47	5,93	3,55	1,30	2,34	2,15	47,74
met minderjarige kinderen	34,47	5,43	3,26	1,28	2,39	2,21	49,03
arbeid verrichtend	37,81	5,44	2,79	0,77	2,32	2,23	51,36
onderwijs volgend	6,55	7,74	11,74	7,60	4,13	2,44	40,20
overig	20,14	3,02	0,69	1,35	1,52	1,65	28,37
zonder minderjarige kinderen	31,22	6,24	3,73	1,31	2,31	2,11	46,92
arbeid verrichtend	36,24	6,55	3,15	0,98	2,15	2,22	51,29
onderwijs volgend	9,66	9,44	14,46	6,52	3,55	2,56	46,17
overig	20,17	3,99	2,13	0,71	2,46	1,55	31,02
in eenpersoonshuishoudens	27,45	3,98	6,80	2,05	3,31	2,33	45,92
arbeid verrichtend	32,89	4,14	6,78	1,75	3,20	2,60	51,37
overig	12,73	3,53	6,85	2,87	3,60	1,60	31,18
65 jaar en ouder	13,23	2,63	1,61	0,65	2,01	1,26	21,38
In meerpersoonshuishoudens	14,36	2,72	1,66	0,63	2,03	1,12	22,53
In eenpersoonshuishoudens	8,71	2,26	1,39	0,70	1,91	1,82	16,80
<b>Totaal</b>	<b>29,15</b>	<b>5,23</b>	<b>3,67</b>	<b>1,30</b>	<b>2,41</b>	<b>2,05</b>	<b>43,80</b>
<b>Vrouwen</b>							
18-64 jaar	12,71	10,63	3,42	1,63	2,27	1,27	31,93
in meerpersoonshuishoudens	12,13	11,47	3,06	1,47	2,19	1,23	31,55
met minderjarige kinderen	12,51	9,89	2,01	1,12	2,35	1,05	28,92
arbeid verrichtend	17,07	10,11	1,75	0,92	2,23	1,08	33,16
onderwijs volgend	4,55	7,98	10,56	6,74	3,71	1,76	35,29
overig	8,62	9,90	1,24	0,65	2,30	0,93	23,63
zonder minderjarige kinderen	11,87	12,54	3,77	1,71	2,08	1,36	33,33
arbeid verrichtend	16,77	12,88	4,17	1,81	2,05	1,38	39,05
onderwijs volgend	4,87	10,29	14,94	6,65	3,14	1,52	41,41
overig	6,95	12,48	1,46	0,79	1,95	1,31	24,94
in eenpersoonshuishoudens	16,19	5,55	5,61	2,57	2,79	1,53	34,24
arbeid verrichtend	20,64	6,18	5,46	2,71	2,93	1,53	39,45
overig	9,58	4,61	5,82	2,36	2,59	1,53	26,49
65 jaar en ouder	2,80	6,42	1,46	1,15	1,09	1,27	14,19
in meerpersoonshuishoudens	2,45	10,20	1,57	0,79	1,30	0,97	17,29
in eenpersoonshuishoudens	3,11	3,11	1,36	1,46	0,90	1,52	11,47
<b>Totaal</b>	<b>10,84</b>	<b>9,84</b>	<b>3,05</b>	<b>1,54</b>	<b>2,05</b>	<b>1,27</b>	<b>28,59</b>
<b>Mannen en Vrouwen</b>	<b>19,85</b>	<b>7,57</b>	<b>3,36</b>	<b>1,42</b>	<b>2,23</b>	<b>1,65</b>	<b>36,08</b>

<sup>1)</sup> Het betreft hier personen van 18 jaar of ouder.

## 6. Vervoermiddelenbezit

**Tabel 6.1**  
Huishoudens <sup>1)</sup> naar stedelijkheidsgraad en vervoermiddelenbezit, 1999 <sup>2)</sup>

	Meer dan 2 auto's	2 auto's	1 auto	Motor- rijwiel	Brom- fiets	Snor- fiets	Fiets	Geen/ overige	Totaal	Steekproef- totaal
	%									abs.
Zeer sterk stedelijk	0,5	7,6	48,1	0,6	1,2	0,5	28,9	12,7	100	10 663
Sterk stedelijk	1,2	14,0	58,2	0,3	1,2	0,5	17,9	6,6	100	16 116
Matig stedelijk	1,9	17,8	60,3	0,2	1,1	0,6	13,2	4,9	100	13 019
Weinig stedelijk	2,3	21,9	60,9	0,1	1,0	0,4	9,7	3,8	100	13 671
Niet stedelijk	2,6	23,6	60,4	0,1	0,9	0,2	8,6	3,5	100	9 815
<b>Totaal</b>	<b>1,6</b>	<b>16,3</b>	<b>57,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>16,4</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>63 284</b>

<sup>1)</sup> Het totaal aantal huishoudens in Nederland medio 1999 bedroeg naar schatting 6 820 000.

<sup>2)</sup> Deze indeling kan worden gezien als een soort mobiliteitsschaal. Bij huishoudens die onder een bepaalde categorie vallen (bijv. motorrijwiel) kunnen wel vervoermiddelen voorkomen die rechts van de betreffende kolom staan vermeld (dus bromfiets, fiets e.d.), maar geen vervoermiddelen die links staan vermeld (dus een of meer auto's).

**Tabel 6.2**  
Huishoudens naar grootte van de het huishouden en vervoermiddelenbezit, 1999

	Meer dan 2 auto's	2 auto's	1 auto	Motor- rijwiel	Brom- fiets	Snor- fiets	Fiets	Geen/ overige	Totaal	Steekproef- totaal
	%									abs.
1-persoonshuishouden	0,1	0,5	45,2	0,5	1,7	0,7	33,4	17,8	100	17 762
2-persoonshuishouden	0,7	18,3	66,4	0,2	1,0	0,5	10,7	2,1	100	23 515
3-persoonshuishouden	3,4	29,8	55,7	0,2	1,0	0,1	8,8	1,1	100	7 966
4-persoonshuishouden	4,2	28,4	61,9	0,1	0,5	0,1	4,5	0,3	100	9 657
5-persoonshuishouden	3,9	29,1	60,7	0,0	0,6	0,0	5,2	0,4	100	3 442
6 of meerpersoonshuishouden	5,2	25,6	60,9	0,0	0,6	0,1	6,9	0,6	100	942
<b>Totaal</b>	<b>1,6</b>	<b>16,3</b>	<b>57,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>16,4</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>63 284</b>

**Tabel 6.3**  
Huishoudens naar gezinsinkomen en vervoermiddelenbezit, 1999

	Meer dan 2 auto's	2 auto's	1 auto	Motor- rijwiel	Brom- fiets	Snor- fiets	Fiets	Geen/ overige	Totaal	Steekproef- totaal
	%									abs.
Minder dan 15 000 gld	0,1	1,0	24,1	0,4	2,7	0,6	52,8	18,2	100	1 793
15 000 tot 30 000 gld	0,1	1,3	39,6	0,3	2,2	1,1	34,8	20,7	100	9 829
30 000 tot 45 000 gld	0,3	4,7	66,8	0,5	1,4	0,7	20,6	5,0	100	8 960
45 000 tot 60 000 gld	0,5	10,4	73,8	0,5	1,0	0,2	11,1	2,4	100	9 182
60 000 gld of meer	3,3	32,7	59,1	0,1	0,3	0,1	4,0	0,4	100	23 180
Inkomen onbekend	1,8	15,1	55,9	0,1	1,2	0,4	17,4	8,1	100	10 340
<b>Totaal</b>	<b>1,6</b>	<b>16,3</b>	<b>57,3</b>	<b>0,3</b>	<b>1,1</b>	<b>0,4</b>	<b>16,4</b>	<b>6,6</b>	<b>100</b>	<b>63 284</b>

**Tabel 6.4**  
**Personen <sup>1)</sup> naar geslacht, leeftijdklasse en vervoermiddelenbezit, 1999**

	Auto	Auto en fiets	Auto en overig	Motorrijwiel	Motorrijwiel en overig	Bromfiets	Bromfiets en overig	Fiets	Geen of overig vervoermiddel	Totaal	Steekproeftotaal
	%										<i>abs.</i>
<b>Mannen</b>											
6 tot 10 jaar	–	–	–	–	–	–	–	89,6	10,4	100	3 714
10 tot 15 jaar	–	–	–	–	–	–	–	93,3	6,7	100	4 528
15 tot 18 jaar	–	–	–	–	–	2,4	14,6	75,7	7,3	100	2 558
18 tot 20 jaar	1,5	6,6	0,8	0,0	0,2	2,7	13,5	65,8	8,8	100	1 727
20 tot 25 jaar	6,7	26,1	2,2	0,1	0,9	1,0	4,2	51,1	7,8	100	3 571
25 tot 30 jaar	8,4	44,3	4,5	0,2	2,1	0,5	1,8	33,0	5,3	100	4 683
30 tot 40 jaar	6,8	55,2	7,8	0,1	2,7	0,3	1,2	23,3	2,6	100	12 132
40 tot 50 jaar	7,3	61,6	7,0	0,1	1,3	0,2	1,4	18,9	2,2	100	11 285
50 tot 60 jaar	8,4	67,2	4,6	0,1	0,5	0,3	1,1	15,1	2,7	100	9 805
60 tot 65 jaar	7,3	71,2	2,5	0,0	0,2	0,4	1,0	14,2	3,3	100	3 572
65 tot 75 jaar	8,0	63,6	1,3	0,1	0,1	0,5	1,7	18,7	6,1	100	5 633
75 jaar of ouder	11,4	40,5	1,0	0,0	0,0	0,8	1,7	23,6	21,0	100	3 124
<b>Totaal</b>	6,3	45,3	4,0	0,1	1,0	0,5	2,3	35,2	5,3	100	66 332
<b>Vrouwen</b>											
6 tot 10 jaar	–	–	–	–	–	–	–	89,1	10,9	100	3 495
10 tot 15 jaar	–	–	–	–	–	–	–	92,9	7,1	100	4 423
15 tot 18 jaar	–	–	–	–	–	1,8	8,6	81,7	7,8	100	2 560
18 tot 20 jaar	0,4	3,3	0,3	0,0	0,0	1,7	9,0	75,9	9,3	100	1 560
20 tot 25 jaar	3,0	20,2	0,7	0,0	0,4	0,7	4,5	62,2	8,3	100	3 508
25 tot 30 jaar	3,8	36,7	1,5	0,0	0,6	0,2	1,9	47,8	7,5	100	5 150
30 tot 40 jaar	3,0	47,7	1,6	0,0	0,6	0,2	1,7	40,6	4,5	100	12 457
40 tot 50 jaar	3,7	43,9	1,2	0,0	0,3	0,6	2,0	42,5	5,6	100	11 314
50 tot 60 jaar	3,4	37,8	0,8	0,0	0,1	0,3	1,6	49,1	6,9	100	9 733
60 tot 65 jaar	3,2	25,2	0,3	0,0	0,1	0,4	1,1	58,5	11,2	100	3 796
65 tot 75 jaar	4,5	17,5	0,2	0,0	0,0	0,5	1,4	56,0	19,9	100	6 702
75 jaar of ouder	4,5	7,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,5	30,9	56,5	100	5 257
<b>Totaal</b>	2,9	28,0	0,8	0,0	0,3	0,5	2,0	53,9	11,6	100	69 955
<b>Mannen en Vrouwen</b>	4,6	36,6	2,4	0,0	0,6	0,5	2,1	44,6	8,5	100	136 287

<sup>1)</sup> Het betreft hier personen van 6 jaar of ouder.

**Tabel 6.5**  
**Personen <sup>1)</sup> naar vervoermiddelenbezit en inkomensklasse, 1999**

	Geen eigen inkomen	Minder dan 15 000 gld	15 000 tot 30 000 gld	30 000 tot 45 000 gld	45 000 tot 60 000 gld	60 000 gld of meer	Inkomen onbekend	Totaal
	%							
Auto	2,2	2,6	6,2	6,7	6,5	6,2	7,1	5,0
Auto en fiets	17,4	21,2	36,5	54,6	63,1	72,1	45,7	39,8
Auto en overig	0,4	0,8	1,7	4,5	5,4	5,9	2,9	2,6
Motorrijwiel	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Motorrijwiel en overig	0,2	0,3	0,5	1,4	1,3	0,9	0,9	0,7
Bromfiets	0,5	1,0	0,7	0,3	0,1	0,1	0,7	0,5
Bromfiets en overig	2,9	4,5	2,7	1,5	0,8	0,3	2,5	2,3
Fiets	65,2	58,7	37,5	26,9	20,5	13,3	32,1	40,5
Geen vervoermiddel	11,1	11,0	14,1	4,0	2,2	1,2	7,9	8,4
<b>Totaal</b>	100	100	100	100	100	100	100	100
	<i>abs.</i>							
<b>Steekproeftotaal</b>	30 899	15 070	23 671	20 078	13 383	11 894	10 509	125 504

<sup>1)</sup> Het betreft hier personen van 12 jaar en ouder.

## 7. Mobiliteit naar algemene kenmerken

Tabel 7.1  
Verplaatsingen naar motief en hoofdvervoerwijze <sup>1)</sup>, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Van en naar het werk	0,26	0,04	0,02	0,02	0,01	0,13	0,02	0,01	0,53
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,12
Visite/logeren	0,16	0,13	0,01	0,01	0,00	0,09	0,07	0,01	0,47
Winkelen	0,21	0,10	0,00	0,02	0,00	0,19	0,13	0,00	0,66
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,02	0,00	0,13	0,08	0,01	0,30
Ontspanning/sport	0,09	0,08	0,00	0,01	0,00	0,09	0,04	0,01	0,33
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,14	0,01	0,23
Overig	0,17	0,12	0,00	0,01	0,00	0,12	0,10	0,01	0,53
<b>Totaal</b>	<b>1,01</b>	<b>0,53</b>	<b>0,06</b>	<b>0,09</b>	<b>0,02</b>	<b>0,80</b>	<b>0,58</b>	<b>0,05</b>	<b>3,15</b>

1) Inclusief veelvuldige verplaatsingen.

Tabel 7.2  
Verplaatsingen naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,17	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,11	0,20	0,00	0,36
1 tot 2,5 km	0,18	0,10	0,00	0,01	0,01	0,36	0,17	0,01	0,83
2,5 tot 3,7 km	0,11	0,06	0,00	0,01	0,00	0,12	0,03	0,01	0,33
3,7 tot 5 km	0,06	0,03	0,00	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00	0,15
5 tot 7,5 km	0,16	0,08	0,00	0,02	0,00	0,08	0,01	0,01	0,36
7,5 tot 10 km	0,06	0,03	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,13
10 tot 15 km	0,11	0,06	0,00	0,02	0,00	0,03	0,00	0,01	0,22
15 tot 20 km	0,07	0,03	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08
40 tot 50 km	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05
50 km of meer	0,07	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14
<b>Totaal</b>	<b>1,00</b>	<b>0,53</b>	<b>0,06</b>	<b>0,09</b>	<b>0,02</b>	<b>0,80</b>	<b>0,58</b>	<b>0,05</b>	<b>3,15</b>

Tabel 7.3  
Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
0 tot 4 uur	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,03
4 tot 7 uur	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,06
7 tot 8 uur	0,06	0,01	0,01	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,13
8 tot 9 uur	0,07	0,03	0,01	0,01	0,00	0,08	0,05	0,00	0,26
9 tot 12 uur	0,18	0,10	0,01	0,01	0,00	0,15	0,12	0,01	0,57
12 tot 13 uur	0,07	0,04	0,00	0,01	0,00	0,07	0,06	0,00	0,25
13 tot 14 uur	0,07	0,04	0,00	0,01	0,00	0,07	0,05	0,00	0,24
14 tot 16 uur	0,14	0,09	0,01	0,02	0,00	0,15	0,11	0,01	0,52
16 tot 17 uur	0,09	0,05	0,01	0,01	0,00	0,07	0,04	0,01	0,27
17 tot 18 uur	0,09	0,04	0,01	0,01	0,00	0,06	0,04	0,00	0,25
18 tot 19 uur	0,06	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03	0,03	0,00	0,16
19 tot 20 uur	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03	0,02	0,00	0,14
20 tot 24 uur	0,10	0,06	0,00	0,01	0,00	0,05	0,05	0,00	0,27
<b>Totaal</b>	<b>1,00</b>	<b>0,53</b>	<b>0,06</b>	<b>0,09</b>	<b>0,02</b>	<b>0,80</b>	<b>0,58</b>	<b>0,05</b>	<b>3,15</b>

**Tabel 7.4**  
**Afgelegde afstand naar motief en vervoerwijze <sup>1)</sup>, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Van en naar het werk	5,14	0,84	0,85	0,38	0,06	0,52	0,05	0,24	8,08
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,39	0,32	0,20	0,04	0,00	0,05	0,02	0,10	3,12
Visite/logeren	3,03	2,86	0,48	0,16	0,02	0,27	0,06	0,08	6,96
Winkelen	1,41	0,85	0,16	0,14	0,01	0,36	0,12	0,02	3,08
Onderwijs	0,27	0,25	0,49	0,38	0,02	0,41	0,07	0,08	1,96
Ontspanning/sport	1,18	1,23	0,24	0,10	0,01	0,27	0,05	0,09	3,15
Toeren/wandelen	0,53	0,72	0,16	0,04	0,00	0,32	0,19	0,13	2,10
Overig	1,78	1,58	0,20	0,09	0,01	0,23	0,10	0,08	4,07
<b>Totaal</b>	<b>15,74</b>	<b>8,64</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,66</b>	<b>0,81</b>	<b>32,53</b>

<sup>1)</sup> Inclusief veelvuldige verplaatsingen.

**Tabel 7.5**  
**Afgelegde afstand naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,00	0,07
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,07	0,14	0,00	0,24
1 tot 2,5 km	0,28	0,16	0,00	0,03	0,01	0,54	0,26	0,01	1,30
2,5 tot 3,7 km	0,32	0,19	0,00	0,05	0,01	0,36	0,08	0,02	1,02
3,7 tot 5 km	0,26	0,14	0,00	0,05	0,01	0,19	0,02	0,01	0,68
5 tot 7,5 km	0,91	0,48	0,02	0,16	0,03	0,45	0,04	0,05	2,14
7,5 tot 10 km	0,51	0,26	0,02	0,09	0,01	0,18	0,01	0,03	1,10
10 tot 15 km	1,29	0,65	0,07	0,23	0,03	0,28	0,01	0,06	2,64
15 tot 20 km	1,15	0,53	0,12	0,17	0,01	0,13	0,01	0,06	2,18
20 tot 30 km	1,94	0,92	0,29	0,24	0,01	0,09	0,00	0,10	3,60
30 tot 40 km	1,46	0,66	0,27	0,11	0,00	0,05	0,00	0,07	2,63
40 tot 50 km	1,07	0,54	0,27	0,07	0,00	0,02	0,00	0,05	2,02
50 km of meer	6,23	4,07	1,73	0,13	0,00	0,04	0,01	0,36	12,58
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 7.6**  
**Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
0 tot 4 uur	0,21	0,17	0,01	0,01	0,00	0,02	0,01	0,02	0,44
4 tot 7 uur	1,02	0,27	0,23	0,07	0,01	0,05	0,01	0,07	1,73
7 tot 8 uur	1,21	0,23	0,36	0,18	0,01	0,18	0,02	0,07	2,26
8 tot 9 uur	0,98	0,36	0,26	0,12	0,01	0,22	0,04	0,07	2,07
9 tot 12 uur	2,36	1,59	0,35	0,17	0,02	0,38	0,12	0,14	5,12
12 tot 13 uur	0,80	0,54	0,12	0,08	0,01	0,18	0,05	0,04	1,81
13 tot 14 uur	0,90	0,62	0,11	0,08	0,01	0,19	0,06	0,03	2,01
14 tot 16 uur	2,02	1,30	0,31	0,21	0,02	0,45	0,14	0,11	4,56
16 tot 17 uur	1,45	0,79	0,32	0,15	0,02	0,21	0,05	0,09	3,08
17 tot 18 uur	1,42	0,69	0,30	0,12	0,01	0,18	0,04	0,06	2,82
18 tot 19 uur	0,90	0,55	0,14	0,05	0,00	0,10	0,03	0,03	1,81
19 tot 20 uur	0,68	0,48	0,09	0,04	0,00	0,09	0,03	0,02	1,42
20 tot 24 uur	1,49	1,03	0,18	0,07	0,01	0,15	0,05	0,06	3,03
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 7.7**  
Verplaatsingen naar reisduur en hoofdvervoerswijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
0 tot 5 min.	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,06	0,10	0,00	0,21
5 tot 10 min.	0,19	0,11	0,00	0,00	0,00	0,25	0,20	0,01	0,76
10 tot 15 min.	0,19	0,11	0,00	0,00	0,00	0,19	0,11	0,01	0,62
15 tot 20 min.	0,19	0,10	0,00	0,01	0,01	0,13	0,08	0,01	0,53
20 tot 25 min.	0,09	0,05	0,00	0,01	0,00	0,05	0,03	0,00	0,23
25 tot 30 min.	0,05	0,02	0,00	0,01	0,00	0,02	0,01	0,00	0,10
30 tot 45 min.	0,14	0,07	0,01	0,03	0,00	0,06	0,04	0,01	0,35
45 tot 60 min.	0,05	0,02	0,01	0,02	0,00	0,02	0,01	0,00	0,13
60 tot 90 min.	0,04	0,02	0,02	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,12
90 tot 120 min.	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
120 min. of meer	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 7.8**  
Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerswijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Zondag	0,60	0,65	0,02	0,04	0,01	0,36	0,48	0,03	2,20
Maandag	0,99	0,40	0,07	0,09	0,02	0,91	0,61	0,05	3,14
Dinsdag	1,09	0,43	0,07	0,11	0,03	0,90	0,63	0,06	3,32
Woensdag	1,09	0,45	0,07	0,11	0,03	0,91	0,60	0,05	3,31
Donderdag	1,10	0,46	0,08	0,12	0,02	0,94	0,63	0,05	3,41
Vrijdag	1,11	0,54	0,07	0,10	0,03	0,92	0,59	0,06	3,42
Zaterdag	1,03	0,81	0,03	0,07	0,02	0,66	0,55	0,05	3,22
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 7.9**  
Verplaatsingen naar dag van de week en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Zondag	0,08	0,01	0,75	0,09	0,01	0,34	0,44	0,47	2,20
Maandag	0,67	0,13	0,32	0,54	0,45	0,27	0,19	0,56	3,14
Dinsdag	0,70	0,16	0,34	0,61	0,47	0,28	0,19	0,57	3,32
Woensdag	0,70	0,15	0,39	0,67	0,35	0,31	0,19	0,56	3,31
Donderdag	0,71	0,14	0,36	0,70	0,45	0,29	0,18	0,57	3,41
Vrijdag	0,62	0,13	0,44	0,83	0,37	0,32	0,18	0,53	3,42
Zaterdag	0,21	0,05	0,67	1,14	0,01	0,50	0,24	0,41	3,22
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 7.10**  
Afgelegde afstand naar reisduur en vervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
0 tot 5 min.	0,05	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,02	0,00	0,13
5 tot 10 min.	0,44	0,24	0,00	0,00	0,01	0,29	0,10	0,01	1,09
10 tot 15 min.	0,89	0,46	0,00	0,02	0,01	0,39	0,09	0,03	1,90
15 tot 20 min.	1,51	0,77	0,01	0,04	0,03	0,40	0,10	0,05	2,91
20 tot 25 min.	1,17	0,56	0,02	0,05	0,02	0,21	0,04	0,04	2,12
25 tot 30 min.	0,77	0,33	0,02	0,05	0,01	0,11	0,02	0,03	1,33
30 tot 45 min.	3,20	1,53	0,16	0,29	0,03	0,41	0,10	0,15	5,88
45 tot 60 min.	1,92	0,97	0,29	0,26	0,01	0,19	0,05	0,09	3,77
60 tot 90 min.	2,61	1,59	0,71	0,34	0,00	0,19	0,06	0,12	5,61
90 tot 120 min.	1,36	0,98	0,56	0,14	0,00	0,08	0,03	0,07	3,23
120 min. of meer	1,52	1,16	1,02	0,14	0,01	0,11	0,03	0,22	4,20
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 7.11**  
Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Zondag	12,17	14,90	1,41	0,49	0,08	1,71	0,73	0,59	32,09
Maandag	15,15	5,47	3,22	1,53	0,15	2,61	0,64	0,70	29,48
Dinsdag	16,21	5,64	3,22	1,53	0,19	2,55	0,63	0,81	30,79
Woensdag	16,69	6,24	2,97	1,58	0,18	2,72	0,65	0,82	31,85
Donderdag	16,65	5,99	3,62	1,82	0,13	2,69	0,65	0,97	32,50
Vrijdag	16,94	8,28	3,13	1,43	0,13	2,67	0,63	0,85	34,06
Zaterdag	14,17	13,83	1,94	0,93	0,10	1,94	0,60	0,96	34,48
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 7.12**  
Afgelegde afstand naar dag van de week en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Zondag	1,20	0,35	14,01	0,97	0,08	4,69	5,05	5,74	32,09
Maandag	10,84	3,11	3,54	2,09	2,88	1,92	1,47	3,63	29,48
Dinsdag	10,94	4,18	3,66	2,53	3,01	1,98	1,14	3,35	30,79
Woensdag	10,86	3,75	4,45	2,97	2,48	2,20	1,50	3,65	31,85
Donderdag	11,19	3,72	4,30	3,32	2,76	2,39	1,43	3,39	32,50
Vrijdag	9,33	3,24	6,84	3,66	2,22	3,03	1,47	4,28	34,06
Zaterdag	2,17	1,05	1,98	6,01	0,29	5,88	2,66	4,44	34,48
<b>Totaal</b>	<b>8,08</b>	<b>2,78</b>	<b>6,96</b>	<b>3,08</b>	<b>1,96</b>	<b>3,15</b>	<b>2,10</b>	<b>4,07</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 7.13**  
**Verplaatsingen naar uur van de dag en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
0 tot 4 uur	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,03
4 tot 7 uur	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
7 tot 8 uur	0,09	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,01	0,13
8 tot 9 uur	0,07	0,01	0,01	0,01	0,08	0,01	0,01	0,06	0,26
9 tot 12 uur	0,04	0,03	0,06	0,20	0,03	0,04	0,04	0,13	0,57
12 tot 13 uur	0,03	0,01	0,03	0,06	0,05	0,02	0,02	0,04	0,25
13 tot 14 uur	0,02	0,01	0,03	0,07	0,03	0,02	0,02	0,04	0,24
14 tot 16 uur	0,04	0,02	0,08	0,14	0,06	0,04	0,04	0,09	0,52
16 tot 17 uur	0,06	0,01	0,04	0,07	0,01	0,03	0,02	0,04	0,27
17 tot 18 uur	0,06	0,01	0,04	0,05	0,01	0,03	0,01	0,04	0,25
18 tot 19 uur	0,03	0,00	0,03	0,02	0,00	0,03	0,01	0,02	0,16
19 tot 20 uur	0,01	0,00	0,04	0,02	0,00	0,04	0,01	0,02	0,14
20 tot 24 uur	0,03	0,01	0,09	0,01	0,01	0,07	0,03	0,03	0,27
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15



**Tabel 7.14**  
**Afgelegde afstand naar uur van de dag en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
0 tot 4 uur	0,06	0,02	0,17	0,01	0,00	0,11	0,01	0,07	0,44
4 tot 7 uur	1,32	0,15	0,03	0,00	0,07	0,05	0,03	0,08	1,73
7 tot 8 uur	1,46	0,21	0,06	0,01	0,33	0,04	0,04	0,11	2,26
8 tot 9 uur	0,75	0,25	0,21	0,07	0,31	0,11	0,12	0,26	2,07
9 tot 12 uur	0,45	0,58	1,15	0,81	0,23	0,44	0,50	0,96	5,12
12 tot 13 uur	0,26	0,20	0,38	0,27	0,15	0,15	0,11	0,29	1,81
13 tot 14 uur	0,22	0,20	0,46	0,36	0,11	0,18	0,17	0,33	2,01
14 tot 16 uur	0,70	0,38	1,06	0,70	0,38	0,33	0,39	0,62	4,56
16 tot 17 uur	1,00	0,28	0,55	0,32	0,15	0,25	0,19	0,35	3,08
17 tot 18 uur	1,01	0,21	0,54	0,25	0,09	0,27	0,16	0,28	2,82
18 tot 19 uur	0,39	0,11	0,50	0,12	0,04	0,31	0,12	0,22	1,81
19 tot 20 uur	0,12	0,07	0,59	0,08	0,03	0,28	0,09	0,17	1,42
20 tot 24 uur	0,35	0,14	1,27	0,09	0,08	0,64	0,15	0,33	3,03
<b>Totaal</b>	<b>8,08</b>	<b>2,78</b>	<b>6,96</b>	<b>3,08</b>	<b>1,96</b>	<b>3,15</b>	<b>2,10</b>	<b>4,07</b>	<b>32,18</b>

## 8. Mobiliteit naar persoonskenmerken

**Tabel 8.1**  
Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	1,26	0,01	0,02	–	0,90	0,89	0,04	3,12
Geen eigen inkomen	0,48	0,51	0,06	0,12	0,03	1,06	0,56	0,05	2,86
Minder dan 15 000 gld	0,71	0,52	0,10	0,16	0,05	1,02	0,58	0,05	3,19
15 000 tot 30 000 gld	1,03	0,40	0,05	0,11	0,03	0,68	0,59	0,06	2,95
30 000 tot 45 000 gld	1,64	0,36	0,08	0,09	0,02	0,69	0,53	0,06	3,45
45 000 tot 60 000 gld	1,93	0,31	0,07	0,07	0,01	0,62	0,49	0,05	3,56
60 000 gld of meer	2,24	0,24	0,09	0,05	0,00	0,50	0,48	0,04	3,65
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 8.2**  
Verplaatsingen naar inkomensklasse en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	–	0,38	0,22	1,10	0,31	0,14	0,97	3,12
Geen eigen inkomen	0,12	0,03	0,48	0,75	0,43	0,35	0,23	0,46	2,86
Minder dan 15 000 gld	0,46	0,07	0,52	0,82	0,24	0,35	0,22	0,51	3,19
15 000 tot 30 000 gld	0,59	0,08	0,50	0,78	0,04	0,29	0,24	0,43	2,95
30 000 tot 45 000 gld	0,93	0,16	0,53	0,76	0,03	0,35	0,26	0,44	3,45
45 000 tot 60 000 gld	0,99	0,25	0,48	0,71	0,03	0,37	0,28	0,44	3,56
60 000 gld of meer	0,98	0,39	0,43	0,68	0,03	0,39	0,30	0,45	3,65
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 8.3**  
Verplaatsingen naar opleidingsniveau en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	1,26	0,01	0,02	–	0,90	0,89	0,04	3,12
Basisonderwijs	0,39	0,39	0,02	0,09	0,03	0,87	0,49	0,06	2,35
Lbo/lavo/mavo	1,14	0,42	0,04	0,09	0,04	0,72	0,50	0,06	3,02
Mbo/havo/vwo	1,48	0,42	0,09	0,13	0,02	0,77	0,54	0,05	3,49
HBO/Universiteit	1,72	0,36	0,14	0,10	0,01	0,82	0,62	0,03	3,79
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 8.4**  
**Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	13,79	0,30	0,30	–	1,71	0,78	0,35	17,23
Geen eigen inkomen	4,89	9,03	2,57	1,86	0,17	3,31	0,61	0,61	23,04
Minder dan 15 000 gld	7,43	8,99	4,93	2,48	0,29	2,84	0,71	0,67	28,34
15 000 tot 30 000 gld	12,40	7,20	2,25	1,43	0,19	2,00	0,66	0,72	26,85
30 000 tot 45 000 gld	25,08	7,15	3,62	1,30	0,11	2,47	0,65	1,30	41,69
45 000 tot 60 000 gld	34,08	6,45	3,51	1,11	0,11	2,40	0,61	0,97	49,23
60 000 gld of meer	47,70	6,46	4,81	0,79	0,03	2,13	0,63	1,22	63,76
<b>Totaal</b>	15,43	8,61	2,79	1,33	0,14	2,42	0,65	0,81	32,18

**Tabel 8.5**  
**Afgelegde afstand naar inkomensklasse en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	–	4,36	1,09	2,10	1,99	1,43	6,20	17,23
Geen eigen inkomen	1,09	0,43	6,04	3,21	4,26	2,96	2,03	3,03	23,04
Minder dan 15 000 gld	3,89	1,12	7,17	3,43	3,98	3,32	2,09	3,34	28,34
15 000 tot 30 000 gld	7,07	1,37	6,83	3,29	0,66	2,63	1,83	3,16	26,85
30 000 tot 45 000 gld	14,87	3,93	8,58	3,80	0,60	3,63	2,37	3,91	41,69
45 000 tot 60 000 gld	18,28	6,42	8,54	3,90	0,61	4,21	2,76	4,50	49,23
60 000 gld of meer	21,23	12,81	10,88	3,89	0,66	5,24	3,11	5,95	63,76
<b>Totaal</b>	8,08	2,78	6,96	3,08	1,96	3,15	2,10	4,07	32,18

**Tabel 8.6**  
**Afgelegde afstand naar opleidingsniveau en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	13,79	0,30	0,30	–	1,71	0,78	0,35	17,23
Basisonderwijs	4,96	6,30	1,21	1,17	0,15	2,89	0,53	0,85	18,07
Lbo/lavo/mavo	15,46	7,89	1,57	1,21	0,23	2,21	0,56	0,91	30,07
Mbo/havo/vwo	22,02	8,10	4,01	2,01	0,15	2,46	0,66	0,95	40,35
HBO/Universiteit	32,52	8,17	7,33	1,56	0,03	2,81	0,79	0,87	54,09
<b>Totaal</b>	15,43	8,61	2,79	1,33	0,14	2,42	0,65	0,81	32,18

**Tabel 8.7**  
Verplaatsingen naar opleidingsniveau en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	–	0,38	0,22	1,10	0,31	0,14	0,97	3,12
Basisonderwijs	0,22	0,04	0,42	0,59	0,32	0,29	0,20	0,28	2,35
Lbo/lavo/mavo	0,62	0,10	0,49	0,76	0,08	0,28	0,25	0,44	3,02
Mbo/havo/vwo	0,76	0,16	0,53	0,76	0,15	0,37	0,25	0,52	3,49
HBO/Universiteit	0,85	0,25	0,50	0,85	0,07	0,43	0,30	0,54	3,79
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 8.8**  
Verplaatsingen naar geslacht, leeftijdsklasse en hoofdvervoermiddel, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Mannen</b>									
0 tot 12 jaar	–	1,24	0,01	0,02	–	0,91	0,85	0,04	3,08
12 tot 15 jaar	–	0,55	0,03	0,11	0,01	1,74	0,53	0,04	3,00
15 tot 18 jaar	–	0,39	0,08	0,19	0,20	1,60	0,31	0,16	2,93
18 tot 20 jaar	0,37	0,44	0,21	0,30	0,15	0,99	0,30	0,13	2,88
20 tot 25 jaar	1,08	0,37	0,21	0,21	0,05	0,70	0,29	0,07	2,98
25 tot 30 jaar	1,68	0,32	0,10	0,09	0,02	0,59	0,41	0,07	3,27
30 tot 40 jaar	1,94	0,24	0,07	0,07	0,02	0,56	0,45	0,08	3,43
40 tot 50 jaar	1,98	0,20	0,06	0,06	0,02	0,63	0,42	0,06	3,44
50 tot 60 jaar	1,83	0,19	0,05	0,06	0,02	0,57	0,45	0,05	3,20
60 tot 65 jaar	1,53	0,18	0,03	0,04	0,01	0,73	0,67	0,04	3,24
65 tot 75 jaar	1,22	0,15	0,03	0,05	0,02	0,68	0,63	0,03	2,81
75 jaar of ouder	0,69	0,13	0,01	0,06	0,02	0,41	0,56	0,05	1,94
<b>Totaal</b>	1,25	0,41	0,06	0,08	0,03	0,74	0,51	0,06	3,15
<b>Vrouwen</b>									
0 tot 12 jaar	–	1,28	0,01	0,02	–	0,90	0,93	0,03	3,16
12 tot 15 jaar	–	0,62	0,03	0,12	0,00	1,70	0,47	0,04	2,99
15 tot 18 jaar	–	0,54	0,09	0,27	0,10	1,51	0,38	0,10	2,99
18 tot 20 jaar	0,33	0,53	0,27	0,37	0,06	1,02	0,36	0,06	3,00
20 tot 25 jaar	0,77	0,63	0,19	0,24	0,03	0,84	0,48	0,04	3,22
25 tot 30 jaar	1,16	0,65	0,13	0,14	0,01	0,74	0,67	0,03	3,53
30 tot 40 jaar	1,50	0,55	0,05	0,08	0,02	0,99	0,79	0,03	4,02
40 tot 50 jaar	1,31	0,53	0,05	0,08	0,02	0,97	0,60	0,03	3,59
50 tot 60 jaar	0,96	0,58	0,03	0,08	0,02	0,78	0,58	0,02	3,06
60 tot 65 jaar	0,59	0,62	0,03	0,08	0,01	0,73	0,61	0,02	2,71
65 tot 75 jaar	0,36	0,53	0,02	0,10	0,01	0,55	0,61	0,04	2,23
75 jaar of ouder	0,15	0,30	0,01	0,08	0,01	0,20	0,50	0,10	1,34
<b>Totaal</b>	0,76	0,66	0,06	0,10	0,02	0,86	0,65	0,04	3,15
<b>Mannen en Vrouwen</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 8.9**  
**Afgelegde afstand naar opleidingsniveau en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	–	4,36	1,09	2,10	1,99	1,43	6,20	17,23
Basisonderwijs	2,51	0,51	4,68	2,33	2,08	2,23	1,59	2,13	18,07
Lbo/lavo/mavo	8,44	2,19	6,53	3,53	1,18	2,77	2,22	3,21	30,07
Mbo/havo/vwo	11,16	3,96	8,37	3,76	2,62	3,92	2,24	4,31	40,35
HBO/Universiteit	16,82	7,40	11,01	4,04	1,67	4,88	2,89	5,39	54,09
<b>Totaal</b>	<b>8,08</b>	<b>2,78</b>	<b>6,96</b>	<b>3,08</b>	<b>1,96</b>	<b>3,15</b>	<b>2,10</b>	<b>4,07</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 8.10**  
**Afgelegde afstand naar geslacht, leeftijdsklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Mannen</b>									
0 tot 12 jaar	–	13,64	0,30	0,22	–	1,76	0,81	0,44	17,17
12 tot 15 jaar	–	9,95	0,91	1,57	0,03	6,19	0,52	0,71	19,88
15 tot 18 jaar	–	7,50	2,85	3,37	1,18	6,36	0,43	1,58	23,28
18 tot 20 jaar	6,31	10,76	7,90	5,45	1,11	3,70	0,55	1,32	37,10
20 tot 25 jaar	19,03	8,26	9,89	3,76	0,32	2,52	0,59	1,33	45,69
25 tot 30 jaar	32,80	7,27	4,85	1,31	0,12	2,18	0,51	1,82	50,86
30 tot 40 jaar	36,56	5,72	3,45	0,98	0,14	2,20	0,52	1,63	51,20
40 tot 50 jaar	35,71	4,59	2,88	0,83	0,19	2,55	0,54	1,42	48,72
50 tot 60 jaar	35,28	4,15	2,42	1,00	0,08	2,47	0,59	1,21	47,20
60 tot 65 jaar	23,12	3,53	2,50	0,41	0,05	2,89	0,83	0,66	33,98
65 tot 75 jaar	15,82	2,75	2,21	0,63	0,09	2,45	0,79	0,39	25,12
75 jaar of ouder	8,71	2,43	0,57	0,67	0,09	1,24	0,62	0,52	14,85
<b>Totaal</b>	<b>22,47</b>	<b>6,80</b>	<b>3,01</b>	<b>1,21</b>	<b>0,18</b>	<b>2,59</b>	<b>0,62</b>	<b>1,14</b>	<b>38,02</b>
<b>Vrouwen</b>									
0 tot 12 jaar	–	13,96	0,29	0,38	–	1,65	0,76	0,24	17,29
12 tot 15 jaar	–	9,92	0,81	1,26	0,02	5,96	0,43	0,63	19,03
15 tot 18 jaar	–	8,54	3,24	4,26	0,69	5,45	0,51	1,28	23,96
18 tot 20 jaar	4,30	9,43	11,53	6,47	0,34	3,61	0,71	0,98	37,38
20 tot 25 jaar	9,41	10,76	8,13	3,82	0,20	2,54	0,74	0,59	36,18
25 tot 30 jaar	14,78	11,63	5,19	1,75	0,04	2,01	0,75	0,41	36,57
30 tot 40 jaar	15,25	10,00	2,29	1,07	0,08	2,22	0,73	0,44	32,07
40 tot 50 jaar	14,13	9,66	2,08	1,12	0,13	2,37	0,61	0,44	30,54
50 tot 60 jaar	11,17	12,04	1,86	1,12	0,07	2,07	0,67	0,53	29,52
60 tot 65 jaar	8,30	10,92	2,55	1,04	0,04	2,12	0,78	0,26	26,00
65 tot 75 jaar	4,03	8,17	1,95	1,29	0,03	1,60	0,71	0,61	18,37
75 jaar of ouder	1,33	4,31	0,87	0,98	0,02	0,47	0,49	0,67	9,14
<b>Totaal</b>	<b>8,50</b>	<b>10,40</b>	<b>2,57</b>	<b>1,45</b>	<b>0,09</b>	<b>2,24</b>	<b>0,68</b>	<b>0,50</b>	<b>26,44</b>
<b>Mannen en Vrouwen</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 8.11**  
Verplaatsingen naar geslacht, leeftijdsklasse en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Mannen</b>									
0 tot 12 jaar	–	–	0,36	0,19	1,08	0,32	0,15	0,97	3,08
12 tot 15 jaar	0,04	0,05	0,45	0,32	1,17	0,53	0,19	0,24	3,00
15 tot 18 jaar	0,33	0,09	0,44	0,27	0,94	0,49	0,15	0,21	2,93
18 tot 20 jaar	0,64	0,06	0,49	0,29	0,60	0,48	0,10	0,22	2,88
20 tot 25 jaar	0,86	0,13	0,51	0,38	0,33	0,44	0,10	0,24	2,98
25 tot 30 jaar	1,10	0,19	0,56	0,53	0,07	0,36	0,16	0,30	3,27
30 tot 40 jaar	1,13	0,26	0,46	0,56	0,04	0,34	0,23	0,42	3,43
40 tot 50 jaar	1,10	0,31	0,37	0,61	0,03	0,34	0,25	0,43	3,44
50 tot 60 jaar	0,92	0,31	0,40	0,60	0,02	0,30	0,30	0,36	3,20
60 tot 65 jaar	0,30	0,13	0,54	0,94	0,02	0,38	0,44	0,48	3,24
65 tot 75 jaar	0,09	0,07	0,49	0,97	0,01	0,31	0,41	0,47	2,81
75 jaar of ouder	0,04	0,02	0,32	0,70	0,01	0,18	0,30	0,36	1,94
<b>Totaal</b>	0,67	0,17	0,43	0,53	0,30	0,35	0,23	0,46	3,15
<b>Vrouwen</b>									
0 tot 12 jaar	–	–	0,39	0,24	1,12	0,29	0,13	0,98	3,16
12 tot 15 jaar	0,04	0,04	0,47	0,40	1,12	0,54	0,17	0,22	2,99
15 tot 18 jaar	0,29	0,04	0,47	0,43	0,92	0,47	0,15	0,21	2,99
18 tot 20 jaar	0,52	0,04	0,47	0,50	0,67	0,41	0,11	0,27	3,00
20 tot 25 jaar	0,79	0,04	0,60	0,66	0,27	0,39	0,16	0,30	3,22
25 tot 30 jaar	0,81	0,07	0,63	0,85	0,08	0,34	0,21	0,53	3,53
30 tot 40 jaar	0,63	0,07	0,58	0,97	0,07	0,35	0,27	1,08	4,02
40 tot 50 jaar	0,65	0,10	0,49	1,09	0,05	0,33	0,28	0,60	3,59
50 tot 60 jaar	0,41	0,07	0,54	1,06	0,03	0,27	0,31	0,35	3,06
60 tot 65 jaar	0,12	0,03	0,59	1,03	0,02	0,25	0,31	0,36	2,71
65 tot 75 jaar	0,03	0,01	0,48	0,89	0,01	0,21	0,25	0,34	2,23
75 jaar of ouder	0,01	0,00	0,29	0,54	0,01	0,12	0,14	0,22	1,34
<b>Totaal</b>	0,39	0,05	0,50	0,78	0,30	0,31	0,23	0,59	3,15
<b>Mannen en Vrouwen</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 8.12**  
Verplaatsingen naar maatschappelijke participatie en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	1,43	0,01	0,01	–	0,63	0,75	0,02	2,84
Werkzaam									
minder dan 30 uur per week	1,51	0,54	0,06	0,11	0,03	0,94	0,63	0,03	3,85
30 uur of meer per week	1,78	0,34	0,08	0,08	0,02	0,59	0,41	0,06	3,37
Werkloos of werkzoekend	0,67	0,29	0,06	0,16	0,03	0,71	0,77	0,02	2,72
Scholier/student	0,10	0,73	0,10	0,16	0,03	1,33	0,67	0,07	3,19
Werkt in eigen huishouding	0,70	0,54	0,02	0,06	0,01	0,81	0,68	0,03	2,85
Gepensioneerd/VUT	0,92	0,26	0,03	0,07	0,01	0,59	0,64	0,04	2,56
WAO-er	0,96	0,34	0,03	0,09	0,03	0,59	0,79	0,10	2,93
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 8.13**  
**Afgelegde afstand naar geslacht, leeftijdsklasse en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Mannen</b>									
0 tot 12 jaar	–	–	4,08	1,07	2,10	2,23	1,56	6,04	17,17
12 tot 15 jaar	0,31	0,23	3,89	1,70	6,47	3,50	2,11	1,67	19,88
15 tot 18 jaar	2,37	0,45	2,78	1,10	9,12	3,16	2,03	2,26	23,28
18 tot 20 jaar	7,61	0,72	5,22	1,93	12,44	5,22	1,30	2,65	37,10
20 tot 25 jaar	14,47	3,67	7,26	2,50	7,64	5,02	1,55	3,59	45,69
25 tot 30 jaar	21,59	6,21	8,97	2,68	1,51	3,93	2,02	3,95	50,86
30 tot 40 jaar	22,17	7,25	7,52	2,75	0,77	4,21	2,37	4,15	51,20
40 tot 50 jaar	19,51	8,43	6,66	3,31	0,50	3,60	2,30	4,41	48,72
50 tot 60 jaar	15,44	8,57	7,52	3,56	0,34	3,73	3,43	4,61	47,20
60 tot 65 jaar	3,63	3,14	10,30	5,04	0,21	4,21	3,13	4,33	33,98
65 tot 75 jaar	0,94	1,57	8,40	4,59	0,11	2,86	2,97	3,68	25,12
75 jaar of ouder	0,17	0,54	5,88	2,35	0,04	1,68	2,07	2,13	14,85
<b>Totaal</b>	<b>11,80</b>	<b>4,62</b>	<b>6,70</b>	<b>2,75</b>	<b>2,12</b>	<b>3,55</b>	<b>2,30</b>	<b>4,18</b>	<b>38,02</b>
<b>Vrouwen</b>									
0 tot 12 jaar	–	–	4,65	1,11	2,10	1,73	1,30	6,36	17,29
12 tot 15 jaar	0,14	0,21	4,50	1,63	5,79	3,65	1,34	1,77	19,03
15 tot 18 jaar	1,66	0,39	4,19	2,34	8,42	3,61	1,50	1,86	23,96
18 tot 20 jaar	4,46	0,44	6,41	3,40	13,80	4,29	1,68	2,91	37,38
20 tot 25 jaar	8,92	0,81	8,47	3,28	5,38	3,71	1,71	3,90	36,18
25 tot 30 jaar	11,30	2,01	9,25	3,87	1,17	3,27	2,15	3,56	36,57
30 tot 40 jaar	7,68	1,57	8,11	4,12	0,75	3,15	2,11	4,57	32,07
40 tot 50 jaar	6,92	1,76	7,46	4,65	0,69	2,94	1,89	4,22	30,54
50 tot 60 jaar	4,21	1,41	9,28	4,86	0,26	2,94	2,46	4,09	29,52
60 tot 65 jaar	1,19	0,47	9,82	4,49	0,15	3,41	2,86	3,61	26,00
65 tot 75 jaar	0,20	0,18	7,57	3,46	0,14	2,02	2,25	2,56	18,37
75 jaar of ouder	0,14	0,03	3,98	1,63	0,02	0,96	1,04	1,33	9,14
<b>Totaal</b>	<b>4,42</b>	<b>0,96</b>	<b>7,22</b>	<b>3,41</b>	<b>1,81</b>	<b>2,76</b>	<b>1,90</b>	<b>3,95</b>	<b>26,44</b>
<b>Mannen en Vrouwen</b>	<b>8,08</b>	<b>2,78</b>	<b>6,96</b>	<b>3,08</b>	<b>1,96</b>	<b>3,15</b>	<b>2,10</b>	<b>4,07</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 8.14**  
**Afgelegde afstand naar maatschappelijke participatie en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/metro	Bromfiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Jonger dan 12 jaar	–	14,79	0,21	0,16	–	1,30	0,79	0,14	17,38
Werkzaam									
minder dan 30 uur per week	16,20	10,01	2,68	1,42	0,15	2,48	0,68	0,43	34,05
30 uur of meer per week	32,09	7,25	3,74	1,24	0,17	2,27	0,52	1,38	48,67
Werkloos of werkzoekend	9,21	5,47	3,19	1,67	0,25	2,11	0,94	0,22	23,05
Scholier/student	1,47	10,49	4,20	2,63	0,22	3,94	0,68	0,80	24,41
Werkt in eigen huishouding	6,21	9,22	1,06	0,79	0,04	1,80	0,65	0,45	20,22
Gepensioneerd/VUT	12,40	4,40	1,90	0,86	0,06	2,02	0,78	0,51	22,94
WAO-er	12,40	6,06	1,68	1,08	0,18	1,94	0,87	0,78	25,01
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 8.15**  
**Verplaatsingen naar vervoermiddelenbezit en hoofdvervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Auto	1,96	0,24	0,02	0,04	0,00	0,05	0,41	0,03	2,74
Auto en fiets	2,11	0,30	0,03	0,03	0,00	0,56	0,49	0,02	3,54
Auto en overig	2,30	0,27	0,02	0,02	0,06	0,41	0,43	0,18	3,70
Motor	0,96	0,50	0,04	0,00	0,04	0,04	0,44	0,98	2,99
Motor en overig	1,11	0,41	0,09	0,05	0,02	0,98	0,47	0,50	3,65
Bromfiets	0,18	0,43	0,07	0,14	0,67	0,12	0,36	0,48	2,45
Bromfiets en overig	0,28	0,49	0,08	0,12	0,64	0,75	0,44	0,35	3,14
Fiets	0,32	0,63	0,10	0,14	0,01	1,25	0,66	0,04	3,15
Geen of overig vervoermiddel	0,07	0,91	0,03	0,13	0,00	0,42	0,69	0,06	2,32
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15



**Tabel 8.16**  
**Afgelegde afstand naar vervoermiddelenbezit en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Auto	30,56	4,63	0,90	0,69	0,00	0,14	0,41	0,39	37,73
Auto en fiets	33,29	6,53	1,72	0,47	0,01	1,82	0,55	0,59	44,97
Auto en overig	39,93	5,78	1,36	0,28	0,32	1,61	0,43	4,54	54,26
Motor	12,56	14,43	1,97	0,00	0,04	0,11	0,34	15,01	44,45
Motor en overig	17,89	6,67	4,11	0,82	0,37	3,24	0,64	9,91	43,67
Bromfiets	2,19	8,43	3,74	1,98	3,58	0,41	0,39	3,03	23,76
Bromfiets en overig	3,74	8,99	3,37	2,19	4,00	2,17	0,58	3,13	28,17
Fiets	4,04	10,28	4,41	2,08	0,06	3,74	0,73	0,68	26,03
Geen of overig vervoermiddel	1,00	10,22	1,37	1,43	0,02	0,97	0,76	0,51	16,29
<b>Totaal</b>	15,43	8,61	2,79	1,33	0,14	2,42	0,65	0,81	32,18

## 9. Mobiliteit naar geografische kenmerken van het woonadres

**Tabel 9.1**  
Verplaatsingen naar provincie en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Groningen	0,92	0,49	0,03	0,07	0,02	0,94	0,54	0,05	3,06
Friesland	0,94	0,51	0,03	0,06	0,02	1,00	0,49	0,05	3,10
Drenthe	1,08	0,54	0,03	0,03	0,01	0,92	0,42	0,05	3,08
Overijssel	1,02	0,56	0,04	0,04	0,02	0,96	0,51	0,05	3,20
Flevoland	0,99	0,61	0,10	0,08	0,02	0,70	0,56	0,05	3,11
Gelderland	1,05	0,54	0,06	0,05	0,02	0,88	0,51	0,05	3,16
Utrecht	1,00	0,49	0,09	0,09	0,03	0,87	0,60	0,04	3,20
Noord-Holland	0,92	0,50	0,09	0,17	0,02	0,79	0,64	0,05	3,17
Zuid-Holland	0,92	0,51	0,07	0,14	0,02	0,71	0,64	0,05	3,06
Zeeland	0,96	0,54	0,03	0,04	0,02	0,92	0,61	0,06	3,18
Noord-Brabant	1,12	0,59	0,04	0,04	0,02	0,79	0,56	0,06	3,22
Limburg	1,15	0,58	0,04	0,06	0,03	0,60	0,65	0,06	3,16
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 9.2**  
Verplaatsingen naar stedelijkheidsgraad en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Zeer sterk stedelijk	0,72	0,42	0,10	0,26	0,02	0,69	0,74	0,04	2,98
Sterk stedelijk	0,99	0,53	0,07	0,08	0,03	0,81	0,61	0,05	3,16
Matig stedelijk	1,04	0,58	0,07	0,05	0,02	0,84	0,59	0,05	3,25
Weinig stedelijk	1,11	0,57	0,03	0,04	0,02	0,87	0,51	0,05	3,21
Niet stedelijk	1,13	0,56	0,03	0,04	0,02	0,78	0,47	0,06	3,09
<b>Totaal</b>	1,00	0,53	0,06	0,09	0,02	0,80	0,58	0,05	3,15

**Tabel 9.3**  
Verplaatsingen naar provincie en motief, 1999

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Groningen	0,49	0,09	0,47	0,71	0,26	0,31	0,24	0,49	3,06
Friesland	0,53	0,11	0,46	0,58	0,32	0,29	0,25	0,55	3,10
Drenthe	0,50	0,12	0,45	0,62	0,30	0,30	0,28	0,51	3,08
Overijssel	0,52	0,10	0,50	0,65	0,35	0,32	0,21	0,55	3,20
Flevoland	0,53	0,11	0,42	0,63	0,33	0,28	0,23	0,58	3,11
Gelderland	0,52	0,11	0,48	0,65	0,30	0,31	0,24	0,55	3,16
Utrecht	0,56	0,14	0,44	0,65	0,32	0,32	0,22	0,56	3,20
Noord-Holland	0,54	0,11	0,45	0,69	0,29	0,35	0,24	0,52	3,17
Zuid-Holland	0,53	0,11	0,42	0,66	0,30	0,33	0,21	0,51	3,06
Zeeland	0,51	0,10	0,44	0,63	0,31	0,34	0,30	0,55	3,18
Noord-Brabant	0,53	0,11	0,53	0,66	0,30	0,36	0,22	0,52	3,22
Limburg	0,52	0,10	0,52	0,65	0,27	0,35	0,25	0,51	3,16
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 9.4**  
**Afgelegde afstand naar provincie en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Groningen	14,86	8,55	2,43	1,24	0,16	2,87	0,59	0,73	31,43
Friesland	14,94	9,30	1,67	1,21	0,08	2,61	0,52	1,08	31,41
Drenthe	18,35	10,42	1,86	0,78	0,07	2,84	0,48	1,06	35,86
Overijssel	15,15	8,83	2,63	0,62	0,09	2,82	0,62	0,83	31,60
Flevoland	20,46	11,76	4,24	1,62	0,16	1,89	0,68	0,97	41,79
Gelderland	16,53	9,37	2,94	0,81	0,16	2,58	0,54	0,76	33,71
Utrecht	17,42	8,86	3,59	1,42	0,18	2,61	0,70	0,74	35,53
Noord-Holland	14,33	8,18	3,66	2,19	0,13	2,48	0,76	0,87	32,59
Zuid-Holland	14,44	7,78	2,74	1,91	0,14	2,13	0,70	0,79	30,65
Zeeland	14,75	8,07	2,15	1,06	0,16	2,47	0,61	0,64	29,90
Noord-Brabant	16,40	9,20	2,05	0,74	0,14	2,46	0,56	0,80	32,34
Limburg	13,68	7,45	2,60	0,77	0,14	1,85	0,71	0,77	27,97
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 9.5**  
**Afgelegde afstand naar stedelijkheidsgraad en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Zeer sterk stedelijk	11,65	6,91	4,12	2,81	0,11	2,31	0,88	0,63	29,41
Sterk stedelijk	14,95	8,47	3,41	1,21	0,15	2,41	0,68	0,66	31,94
Matig stedelijk	15,73	8,89	3,13	0,92	0,13	2,43	0,64	0,80	32,67
Weinig stedelijk	16,97	9,47	1,72	0,92	0,14	2,52	0,56	0,92	33,24
Niet stedelijk	17,93	9,19	1,33	1,01	0,14	2,38	0,46	1,13	33,58
<b>Totaal</b>	<b>15,43</b>	<b>8,61</b>	<b>2,79</b>	<b>1,33</b>	<b>0,14</b>	<b>2,42</b>	<b>0,65</b>	<b>0,81</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 9.6**  
**Afgelegde afstand naar provincie en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspan- ning/sport	Toeren/ wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Groningen	6,86	2,27	7,90	3,76	1,77	2,61	1,82	4,45	31,43
Friesland	7,33	2,28	6,69	2,87	2,25	2,92	2,66	4,41	31,41
Drenthe	8,02	3,08	8,95	3,94	2,48	3,02	2,53	3,84	35,86
Overijssel	7,86	2,91	6,77	3,05	2,19	2,78	1,79	4,26	31,60
Flevoland	12,44	3,57	8,67	3,23	2,66	2,61	2,31	6,30	41,79
Gelderland	8,41	2,69	7,82	3,10	2,13	3,07	2,18	4,31	33,71
Utrecht	9,70	3,40	8,06	3,08	1,87	3,01	1,96	4,45	35,53
Noord-Holland	8,34	2,62	7,18	2,90	1,89	3,36	2,23	4,08	32,59
Zuid-Holland	7,84	2,91	6,26	2,94	1,85	3,13	1,90	3,83	30,65
Zeeland	6,78	2,33	5,24	3,29	2,31	2,93	2,12	4,90	29,90
Noord-Brabant	8,22	2,87	6,70	3,19	1,82	3,67	2,15	3,72	32,34
Limburg	6,42	2,28	5,88	3,03	1,80	2,99	2,18	3,39	27,97
<b>Totaal</b>	<b>8,08</b>	<b>2,78</b>	<b>6,96</b>	<b>3,08</b>	<b>1,96</b>	<b>3,15</b>	<b>2,10</b>	<b>4,07</b>	<b>32,18</b>

**Tabel 9.7**  
**Verplaatsingen naar stedelijkheidsgraad en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
Zeer sterk stedelijk	0,53	0,10	0,40	0,71	0,27	0,33	0,20	0,44	2,98
Sterk stedelijk	0,53	0,10	0,46	0,69	0,30	0,33	0,22	0,53	3,16
Matig stedelijk	0,53	0,11	0,49	0,66	0,31	0,34	0,24	0,56	3,25
Weinig stedelijk	0,53	0,12	0,50	0,62	0,31	0,34	0,24	0,55	3,21
Niet stedelijk	0,52	0,13	0,49	0,57	0,31	0,32	0,23	0,54	3,09
<b>Totaal</b>	0,53	0,11	0,47	0,66	0,30	0,33	0,23	0,53	3,15

**Tabel 9.8**  
**Afgelegde afstand naar stedelijkheidsgraad en motief, 1999**

	Van en naar het werk	Zakelijk bezoek in werksfeer	Visite/ logeren	Winkelen	Onderwijs	Ontspanning/sport	Toeren/wandelen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
Zeer sterk stedelijk	7,36	2,45	6,97	2,62	1,56	2,94	2,01	3,49	29,41
Sterk stedelijk	8,20	2,70	6,92	3,04	1,92	3,24	1,96	3,95	31,94
Matig stedelijk	8,14	3,02	7,04	2,89	1,95	3,26	2,18	4,18	32,67
Weinig stedelijk	8,24	2,68	7,20	3,27	2,06	3,17	2,25	4,37	33,24
Niet stedelijk	8,42	3,07	6,58	3,65	2,35	3,09	2,11	4,31	33,58
<b>Totaal</b>	8,08	2,78	6,96	3,08	1,96	3,15	2,10	4,07	32,18

## 10. De belangrijkste motieven

### 10.1 Van en naar het werk

Tabel 10.1.1  
Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 4 uur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,00
4 tot 7 uur	55,0	11,6	5,9	4,4	2,0	16,1	1,5	3,4	100	0,05
7 tot 8 uur	52,6	6,8	6,0	5,3	1,6	23,1	2,1	2,5	100	0,09
8 tot 9 uur	49,5	4,7	3,5	5,2	1,0	29,7	4,8	1,5	100	0,07
9 tot 12 uur	51,8	5,5	2,2	4,0	1,4	25,2	7,3	2,7	100	0,04
12 tot 13 uur	42,2	4,1	1,3	2,7	1,3	35,6	10,8	2,1	100	0,03
13 tot 14 uur	44,8	5,2	1,5	3,0	1,2	29,3	13,1	1,8	100	0,02
14 tot 16 uur	51,7	8,8	2,4	4,1	1,7	23,3	5,1	2,9	100	0,04
16 tot 17 uur	46,9	9,7	4,9	5,2	2,3	25,0	2,6	3,4	100	0,06
17 tot 18 uur	48,9	6,7	6,1	5,8	1,4	25,5	3,5	2,1	100	0,06
18 tot 19 uur	52,8	6,4	4,2	4,0	0,9	24,5	5,2	1,8	100	0,03
19 tot 20 uur	53,7	7,6	3,3	5,4	1,0	21,2	5,7	2,2	100	0,01
20 tot 24 uur	52,3	8,9	2,7	4,0	2,6	22,6	5,0	2,0	100	0,03
<b>Totaal</b>	50,2	7,2	4,1	4,6	1,6	25,1	4,7	2,4	100	0,53

Tabel 10.1.2  
Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	54,0	11,9	2,0	4,1	1,6	19,6	4,5	2,3	100	0,08
Maandag	50,2	7,1	4,4	4,6	1,5	25,9	4,0	2,2	100	0,67
Dinsdag	50,5	7,3	4,3	4,6	1,9	24,3	4,9	2,1	100	0,70
Woensdag	50,5	7,0	4,3	4,6	1,6	24,9	4,7	2,3	100	0,70
Donderdag	50,6	6,6	4,3	5,0	1,2	24,8	4,7	2,8	100	0,71
Vrijdag	50,4	6,8	4,2	4,6	1,6	25,4	4,6	2,3	100	0,62
Zaterdag	44,8	9,1	2,0	3,5	1,9	28,4	6,7	3,5	100	0,21
<b>Totaal</b>	50,2	7,2	4,1	4,6	1,6	25,1	4,7	2,4	100	0,53

Tabel 10.1.3  
Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Geen eigen inkomen	23,5	10,9	2,5	5,0	3,5	44,3	7,3	3,0	100	0,12
Minder dan 15 000 gld	27,3	8,4	3,1	7,4	3,9	41,0	6,7	2,3	100	0,46
15 000 tot 30 000 gld	44,1	8,3	3,4	6,6	2,3	27,8	5,1	2,3	100	0,59
30 000 tot 45 000 gld	52,7	7,2	4,8	4,2	1,1	23,1	4,2	2,7	100	0,93
45 000 tot 60 000 gld	58,6	6,0	4,7	3,8	0,7	20,6	3,6	2,1	100	0,99
60 000 gld of meer	66,6	3,9	5,5	2,5	0,3	15,0	4,9	1,3	100	0,98
<b>Totaal</b>	50,2	7,2	4,1	4,6	1,6	25,1	4,7	2,4	100	0,53

**Tabel 10.1.4**  
**Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 4 uur	69,9	12,4	0,8	2,4	1,3	6,7	0,5	6,0	100	0,06
4 tot 7 uur	61,6	15,5	11,4	3,7	0,6	3,2	0,4	3,6	100	1,32
7 tot 8 uur	63,6	7,7	13,0	5,3	0,7	6,7	0,6	2,4	100	1,46
8 tot 9 uur	66,3	5,5	9,8	5,3	0,6	10,1	0,8	1,7	100	0,75
9 tot 12 uur	70,7	7,1	6,8	4,3	0,7	6,8	0,9	2,7	100	0,45
12 tot 13 uur	65,4	7,0	6,8	3,9	0,9	11,7	1,2	3,1	100	0,26
13 tot 14 uur	68,2	8,6	5,6	4,4	0,7	9,3	1,4	1,7	100	0,22
14 tot 16 uur	63,9	16,2	5,8	3,6	0,7	5,3	0,5	4,0	100	0,70
16 tot 17 uur	57,5	13,6	11,5	5,6	1,1	6,4	0,5	4,0	100	1,00
17 tot 18 uur	60,8	7,8	15,0	6,1	0,6	7,1	0,7	1,9	100	1,01
18 tot 19 uur	70,2	6,6	9,9	3,6	0,4	5,8	0,9	2,7	100	0,39
19 tot 20 uur	70,7	8,0	7,9	5,1	0,3	5,0	0,5	2,4	100	0,12
20 tot 24 uur	65,7	11,6	7,0	4,3	1,3	6,1	0,6	3,5	100	0,35
<b>Totaal</b>	63,6	10,4	10,6	4,7	0,7	6,5	0,6	2,9	100	8,08

**Tabel 10.1.5**  
**Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	63,8	14,7	6,6	4,6	0,7	4,5	0,5	4,5	100	1,20
Maandag	63,0	10,5	11,4	5,0	0,7	6,4	0,7	2,3	100	10,84
Dinsdag	63,2	11,4	10,2	4,4	0,9	6,4	0,6	2,9	100	10,94
Woensdag	62,6	10,4	11,3	5,0	0,8	6,5	0,6	2,9	100	10,86
Donderdag	64,2	9,4	10,6	4,9	0,5	6,2	0,7	3,5	100	11,19
Vrijdag	64,5	9,2	10,7	4,7	0,6	6,9	0,6	2,8	100	9,33
Zaterdag	65,6	12,4	5,3	3,6	1,2	8,0	0,7	3,2	100	2,17
<b>Totaal</b>	63,6	10,4	10,6	4,7	0,7	6,5	0,6	2,9	100	8,08

**Tabel 10.1.6**  
**Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Geen eigen inkomen	38,0	22,1	9,6	8,6	2,5	14,8	0,8	3,7	100	1,09
Minder dan 15 000 gld	37,7	15,9	12,9	11,2	3,0	15,0	1,3	2,9	100	3,89
15 000 tot 30 000 gld	54,6	14,2	9,6	8,2	1,3	8,4	0,9	2,9	100	7,07
30 000 tot 45 000 gld	62,9	10,6	11,3	4,4	0,5	6,3	0,7	3,3	100	14,87
45 000 tot 60 000 gld	69,8	8,2	10,3	3,5	0,3	5,1	0,5	2,3	100	18,28
60 000 gld of meer	75,7	4,9	11,4	2,1	0,1	3,7	0,5	1,6	100	21,23
<b>Totaal</b>	63,6	10,4	10,6	4,7	0,7	6,5	0,6	2,9	100	8,08

## 10.2 Visite/logeren

Tabel 10.2.1  
Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 4 uur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,01
4 tot 7 uur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,00
7 tot 8 uur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,00
8 tot 9 uur	33,0	22,1	6,6	4,5	0,3	21,8	10,7	1,0	100	0,01
9 tot 12 uur	34,1	24,0	1,6	1,9	0,5	21,2	15,5	1,2	100	0,06
12 tot 13 uur	30,7	24,6	1,6	1,6	1,0	23,7	15,7	1,3	100	0,03
13 tot 14 uur	33,4	26,8	1,5	2,4	1,0	20,7	13,0	1,2	100	0,03
14 tot 16 uur	31,4	26,3	1,2	2,3	0,8	21,8	14,5	1,7	100	0,08
16 tot 17 uur	31,0	26,1	2,0	2,3	0,6	22,0	14,2	1,8	100	0,04
17 tot 18 uur	30,9	26,4	1,4	2,5	0,9	21,8	14,7	1,4	100	0,04
18 tot 19 uur	34,4	29,7	1,9	1,8	0,7	17,4	12,3	1,7	100	0,03
19 tot 20 uur	36,8	28,7	1,5	1,6	0,9	17,4	11,7	1,4	100	0,04
20 tot 24 uur	37,3	28,4	1,1	1,6	1,0	16,0	13,2	1,3	100	0,09
<b>Totaal</b>	<b>33,7</b>	<b>26,8</b>	<b>1,5</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>19,8</b>	<b>13,9</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>	<b>0,47</b>

Tabel 10.2.2  
Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	32,0	35,8	1,1	1,6	0,6	14,8	12,6	1,5	100	0,75
Maandag	33,1	18,0	1,8	2,0	0,8	27,1	16,0	1,3	100	0,32
Dinsdag	34,8	20,0	2,1	2,3	0,9	23,5	14,6	1,6	100	0,34
Woensdag	34,6	20,0	1,1	2,3	1,2	23,1	16,1	1,6	100	0,39
Donderdag	35,0	20,5	1,9	2,6	0,9	23,5	14,5	1,2	100	0,36
Vrijdag	33,9	25,7	1,9	2,1	0,7	20,6	13,6	1,5	100	0,44
Zaterdag	34,1	32,4	1,5	1,7	0,6	15,6	12,6	1,5	100	0,67
<b>Totaal</b>	<b>33,7</b>	<b>26,8</b>	<b>1,5</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>19,8</b>	<b>13,9</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>	<b>0,47</b>

Tabel 10.2.3  
Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Jonger dan 12 jaar	–	26,8	1,5	2,0	–	19,8	13,9	1,5	100	0,38
Geen eigen inkomen	19,3	29,6	1,6	2,1	1,3	29,7	14,7	1,6	100	0,48
Minder dan 15 000 gld	22,5	29,3	2,9	3,6	2,1	24,4	13,4	1,9	100	0,52
15 000 tot 30 000 gld	36,9	23,3	1,7	3,0	0,8	16,7	15,5	2,1	100	0,50
30 000 tot 45 000 gld	51,4	17,6	1,5	1,8	0,4	14,4	11,7	1,3	100	0,53
45 000 tot 60 000 gld	58,3	14,8	1,3	1,3	0,1	12,7	10,4	1,1	100	0,48
60 000 gld of meer	64,9	12,8	1,7	0,6	0,1	9,3	10,0	0,5	100	0,43
<b>Totaal</b>	<b>33,7</b>	<b>26,8</b>	<b>1,5</b>	<b>2,0</b>	<b>0,8</b>	<b>19,8</b>	<b>13,9</b>	<b>1,5</b>	<b>100</b>	<b>0,47</b>



**Tabel 10.2.4**  
**Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 4 uur	49,6	42,0	1,2	0,4	0,1	4,1	0,8	1,8	100	0,17
4 tot 7 uur	61,1	19,2	18,2	0,5	0,1	0,2	0,7	0,0	100	0,03
7 tot 8 uur	39,5	25,3	18,7	12,9	0,0	1,9	1,2	0,6	100	0,06
8 tot 9 uur	32,7	35,5	22,8	4,7	0,1	2,3	0,6	1,2	100	0,21
9 tot 12 uur	43,5	41,6	7,0	2,0	0,1	3,4	0,9	1,5	100	1,15
12 tot 13 uur	38,1	45,6	6,3	2,2	0,4	4,9	1,0	1,4	100	0,38
13 tot 14 uur	42,4	42,8	5,7	2,4	0,4	4,3	1,1	0,9	100	0,46
14 tot 16 uur	43,6	40,6	6,4	2,3	0,3	4,7	1,0	1,1	100	1,06
16 tot 17 uur	41,0	40,4	8,6	3,0	0,2	4,7	1,1	1,1	100	0,55
17 tot 18 uur	42,3	40,9	6,6	2,6	0,3	4,5	1,0	1,7	100	0,54
18 tot 19 uur	43,0	42,1	8,1	1,8	0,2	3,2	0,7	0,8	100	0,50
19 tot 20 uur	46,5	40,1	6,1	2,4	0,3	3,0	0,7	0,9	100	0,59
20 tot 24 uur	47,0	41,6	4,7	1,6	0,3	3,3	0,7	0,7	100	1,27
<b>Totaal</b>	<b>43,6</b>	<b>41,1</b>	<b>6,9</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>	<b>6,96</b>

**Tabel 10.2.5**  
**Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	41,1	50,0	3,3	1,1	0,2	2,8	0,8	0,8	100	14,01
Maandag	47,5	31,5	9,1	2,7	0,5	6,5	1,2	1,1	100	3,54
Dinsdag	45,9	31,0	11,2	3,9	0,3	5,5	1,1	1,1	100	3,66
Woensdag	49,5	31,7	7,6	2,9	0,5	5,4	1,3	1,2	100	4,45
Donderdag	45,7	29,8	11,2	5,5	0,3	5,3	1,2	1,0	100	4,30
Vrijdag	44,0	38,8	9,2	2,1	0,2	3,7	0,8	1,3	100	6,84
Zaterdag	41,4	45,6	6,2	1,7	0,2	2,7	0,6	1,5	100	11,98
<b>Totaal</b>	<b>43,6</b>	<b>41,1</b>	<b>6,9</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>	<b>6,96</b>

**Tabel 10.2.6**  
**Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Jonger dan 12 jaar	–	89,9	2,7	1,6	–	4,1	1,3	0,3	100	4,36
Geen eigen inkomen	22,1	57,8	8,6	2,8	0,5	6,4	1,0	0,9	100	6,04
Minder dan 15 000 gld	27,4	46,9	13,1	4,3	0,7	5,0	1,1	1,6	100	7,17
15 000 tot 30 000 gld	41,2	39,6	8,8	3,6	0,3	3,9	1,1	1,6	100	6,83
30 000 tot 45 000 gld	60,8	26,2	5,8	1,8	0,2	3,1	0,8	1,3	100	8,58
45 000 tot 60 000 gld	67,7	21,3	5,6	1,1	0,0	2,5	0,6	1,2	100	8,54
60 000 gld of meer	74,7	17,5	4,8	0,6	0,0	1,4	0,4	0,6	100	10,88
<b>Totaal</b>	<b>43,6</b>	<b>41,1</b>	<b>6,9</b>	<b>2,3</b>	<b>0,3</b>	<b>3,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,1</b>	<b>100</b>	<b>6,96</b>

## 10.3 Winkelen

**Tabel 10.3.1**  
Verplaatsingen naar uur van de dag en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 8 uur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,00
8 tot 9 uur	35,3	9,3	1,2	0,9	0,3	35,0	17,6	0,3	100	0,01
9 tot 12 uur	32,3	12,7	0,4	1,9	0,5	30,4	21,1	0,6	100	0,20
12 tot 13 uur	31,5	15,1	0,7	3,8	0,5	25,9	21,8	0,7	100	0,06
13 tot 14 uur	30,9	16,1	0,5	4,0	0,8	27,1	19,9	0,7	100	0,07
14 tot 16 uur	30,2	15,3	0,7	3,3	0,5	29,4	19,8	0,8	100	0,14
16 tot 17 uur	30,7	15,0	0,8	2,9	0,5	29,1	20,2	0,7	100	0,07
17 tot 18 uur	32,9	14,6	1,1	2,8	0,4	27,4	20,2	0,5	100	0,05
18 tot 19 uur	36,9	15,5	0,9	2,5	0,4	23,3	19,5	1,0	100	0,02
19 tot 20 uur	38,9	18,7	0,5	1,4	0,4	20,2	19,4	0,7	100	0,02
20 tot 24 uur	40,7	21,9	1,4	1,4	0,7	19,2	13,6	1,2	100	0,01
<b>Totaal</b>	32,1	14,6	0,7	2,7	0,5	28,4	20,3	0,7	100	0,66

**Tabel 10.3.2**  
Verplaatsingen naar dag van de week en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	30,1	28,2	1,2	7,0	0,7	14,5	17,6	0,6	100	0,09
Maandag	28,5	10,6	0,4	2,3	0,5	33,5	23,5	0,6	100	0,54
Dinsdag	30,4	10,6	0,6	3,2	0,5	31,3	22,4	1,0	100	0,61
Woensdag	30,1	11,4	0,7	2,8	0,6	32,1	21,7	0,7	100	0,67
Donderdag	31,8	13,2	0,9	2,9	0,6	29,3	20,5	0,7	100	0,70
Vrijdag	34,2	14,6	0,6	2,3	0,6	28,5	18,4	0,8	100	0,83
Zaterdag	34,7	20,2	0,7	2,6	0,4	22,7	18,2	0,6	100	1,14
<b>Totaal</b>	32,1	14,6	0,7	2,7	0,5	28,4	20,3	0,7	100	0,66

**Tabel 10.3.3**  
Verplaatsingen naar inkomensklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Jonger dan 12 jaar	-	53,9	0,5	1,4	-	26,2	17,6	0,4	100	0,22
Geen eigen inkomen	20,4	17,8	0,7	3,0	0,6	36,9	20,0	0,7	100	0,75
Minder dan 15 000 gld	21,8	16,2	0,7	3,5	0,7	34,5	21,8	0,7	100	0,82
15 000 tot 30 000 gld	29,9	11,4	0,6	3,9	1,0	27,4	24,6	1,2	100	0,78
30 000 tot 45 000 gld	43,2	9,2	0,8	2,6	0,4	23,6	19,9	0,5	100	0,76
45 000 tot 60 000 gld	50,7	7,6	0,5	1,5	0,3	21,0	18,0	0,4	100	0,71
60 000 gld of meer	56,9	5,7	0,4	1,4	0,1	19,1	15,8	0,6	100	0,68
<b>Totaal</b>	32,1	14,6	0,7	2,7	0,5	28,4	20,3	0,7	100	0,66

**Tabel 10.3.4**  
**Afgelegde afstand naar uur van de dag en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
0 tot 8 uur	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,02
8 tot 9 uur	45,4	20,5	15,2	3,3	0,2	12,2	2,7	0,6	100	0,07
9 tot 12 uur	46,5	26,2	4,4	3,9	0,3	13,7	4,5	0,5	100	0,81
12 tot 13 uur	44,7	29,3	3,7	6,0	0,4	11,0	4,3	0,6	100	0,27
13 tot 14 uur	46,1	30,1	3,1	4,9	0,6	10,9	3,8	0,6	100	0,36
14 tot 16 uur	45,4	27,5	4,2	5,4	0,4	12,2	4,0	0,9	100	0,70
16 tot 17 uur	45,5	28,2	4,4	5,3	0,4	11,9	3,6	0,6	100	0,32
17 tot 18 uur	44,1	28,0	9,3	4,4	0,3	10,0	3,1	0,7	100	0,25
18 tot 19 uur	48,3	25,9	7,9	4,9	0,3	7,9	2,8	1,9	100	0,12
19 tot 20 uur	49,2	30,4	6,3	2,1	0,3	7,9	3,4	0,4	100	0,08
20 tot 24 uur	44,9	29,9	14,3	2,1	0,7	5,6	1,8	0,8	100	0,09
<b>Totaal</b>	45,7	27,7	5,3	4,7	0,4	11,6	3,9	0,7	100	3,08

**Tabel 10.3.5**  
**Afgelegde afstand naar dag van de week en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Zondag	39,7	43,8	4,6	5,3	0,3	3,7	2,0	0,6	100	0,97
Maandag	46,4	22,5	5,0	4,4	0,5	15,5	5,1	0,7	100	2,09
Dinsdag	47,1	21,0	4,9	5,8	0,4	14,6	4,9	1,4	100	2,53
Woensdag	46,6	24,3	4,0	5,2	0,4	14,5	4,3	0,7	100	2,97
Donderdag	44,2	25,4	7,5	5,5	0,4	12,2	3,9	0,7	100	3,32
Vrijdag	49,0	25,5	4,5	4,0	0,4	12,1	3,9	0,5	100	3,66
Zaterdag	44,2	34,0	5,7	3,9	0,3	8,3	3,0	0,6	100	6,01
<b>Totaal</b>	45,7	27,7	5,3	4,7	0,4	11,6	3,9	0,7	100	3,08

**Tabel 10.3.6**  
**Afgelegde afstand naar inkomensklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal	Gemiddeld per persoon per dag
	%									abs.
Jonger dan 12 jaar	–	79,4	3,5	2,8	–	10,3	3,6	0,2	100	1,09
Geen eigen inkomen	28,6	38,1	5,2	6,4	0,4	16,4	4,2	0,6	100	3,21
Minder dan 15 000 gld	29,0	35,6	8,6	5,7	0,7	14,7	4,8	0,9	100	3,43
15 000 tot 30 000 gld	44,1	24,7	5,5	6,5	0,7	12,3	5,1	1,1	100	3,29
30 000 tot 45 000 gld	60,2	16,4	5,5	4,1	0,2	9,6	3,4	0,6	100	3,80
45 000 tot 60 000 gld	69,6	12,9	3,8	2,5	0,2	7,8	2,7	0,5	100	3,90
60 000 gld of meer	73,2	11,3	3,2	1,8	0,1	7,0	2,6	0,9	100	3,89
<b>Totaal</b>	45,7	27,7	5,3	4,7	0,4	11,6	3,9	0,7	100	3,08

# 11. Mobiliteit naar algemene kenmerken per provincie

Tabel 11.1  
Verplaatsingen per provincie naar motief en hoofdvervoerswijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Groningen</b>									
Van en naar het werk	0,22	0,04	0,01	0,02	0,01	0,16	0,03	0,02	0,49
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,06	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,09
Visite/logeren	0,16	0,11	0,01	0,01	0,00	0,11	0,07	0,01	0,47
Winkelen	0,23	0,12	0,00	0,01	0,00	0,22	0,12	0,00	0,71
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,02	0,00	0,13	0,05	0,01	0,26
Ontspanning/sport	0,08	0,06	0,00	0,00	0,00	0,11	0,04	0,01	0,31
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,05	0,14	0,01	0,24
Overig	0,16	0,10	0,00	0,00	0,00	0,14	0,08	0,00	0,49
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,49</b>	<b>0,03</b>	<b>0,07</b>	<b>0,02</b>	<b>0,94</b>	<b>0,54</b>	<b>0,05</b>	<b>3,06</b>
<b>Friesland</b>									
Van en naar het werk	0,26	0,04	0,01	0,01	0,01	0,18	0,02	0,02	0,53
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,00	0,11
Visite/logeren	0,15	0,11	0,00	0,01	0,00	0,12	0,06	0,01	0,46
Winkelen	0,19	0,08	0,00	0,01	0,00	0,22	0,08	0,00	0,58
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,03	0,00	0,16	0,07	0,01	0,32
Ontspanning/sport	0,08	0,07	0,00	0,00	0,00	0,11	0,03	0,00	0,29
Toeren/wandelen	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,05	0,14	0,01	0,25
Overig	0,17	0,13	0,00	0,00	0,00	0,14	0,09	0,00	0,55
<b>Totaal</b>	<b>0,94</b>	<b>0,51</b>	<b>0,03</b>	<b>0,06</b>	<b>0,02</b>	<b>1,00</b>	<b>0,49</b>	<b>0,05</b>	<b>3,10</b>
<b>Drenthe</b>									
Van en naar het werk	0,27	0,04	0,01	0,00	0,00	0,14	0,02	0,01	0,50
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,12
Visite/logeren	0,18	0,11	0,00	0,00	0,00	0,11	0,04	0,01	0,45
Winkelen	0,25	0,12	0,00	0,00	0,00	0,19	0,05	0,00	0,62
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,02	0,00	0,16	0,05	0,01	0,30
Ontspanning/sport	0,09	0,08	0,00	0,00	0,00	0,09	0,03	0,00	0,30
Toeren/wandelen	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,06	0,16	0,00	0,28
Overig	0,16	0,12	0,00	0,00	0,00	0,16	0,07	0,01	0,51
<b>Totaal</b>	<b>1,08</b>	<b>0,54</b>	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>	<b>0,92</b>	<b>0,42</b>	<b>0,05</b>	<b>3,08</b>
<b>Overijssel</b>									
Van en naar het werk	0,27	0,04	0,01	0,01	0,01	0,15	0,02	0,01	0,52
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,10
Visite/logeren	0,17	0,13	0,01	0,00	0,00	0,11	0,07	0,01	0,50
Winkelen	0,22	0,10	0,00	0,01	0,00	0,22	0,09	0,00	0,65
Onderwijs	0,02	0,05	0,01	0,02	0,00	0,17	0,07	0,01	0,35
Ontspanning/sport	0,08	0,08	0,00	0,00	0,00	0,11	0,04	0,00	0,32
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,12	0,00	0,21
Overig	0,18	0,14	0,00	0,00	0,00	0,14	0,09	0,01	0,55
<b>Totaal</b>	<b>1,02</b>	<b>0,56</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,96</b>	<b>0,51</b>	<b>0,05</b>	<b>3,20</b>
<b>Flevoland</b>									
Van en naar het werk	0,28	0,05	0,05	0,02	0,01	0,09	0,02	0,01	0,53
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,11
Visite/logeren	0,13	0,12	0,02	0,01	0,00	0,06	0,07	0,01	0,42
Winkelen	0,22	0,13	0,01	0,01	0,00	0,16	0,10	0,00	0,63
Onderwijs	0,01	0,05	0,01	0,02	0,00	0,15	0,08	0,01	0,33
Ontspanning/sport	0,08	0,10	0,00	0,01	0,00	0,05	0,02	0,00	0,28
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,14	0,01	0,23
Overig	0,16	0,14	0,00	0,00	0,00	0,13	0,13	0,01	0,58
<b>Totaal</b>	<b>0,99</b>	<b>0,61</b>	<b>0,10</b>	<b>0,08</b>	<b>0,02</b>	<b>0,70</b>	<b>0,56</b>	<b>0,05</b>	<b>3,11</b>
<b>Gelderland</b>									
Van en naar het werk	0,27	0,04	0,02	0,01	0,01	0,14	0,02	0,01	0,52
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,11
Visite/logeren	0,16	0,13	0,01	0,01	0,00	0,10	0,06	0,01	0,48
Winkelen	0,23	0,09	0,00	0,01	0,00	0,21	0,10	0,00	0,65
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,01	0,00	0,14	0,07	0,01	0,30
Ontspanning/sport	0,09	0,07	0,00	0,01	0,00	0,09	0,03	0,01	0,31
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,15	0,01	0,24
Overig	0,18	0,13	0,00	0,00	0,00	0,14	0,09	0,01	0,55
<b>Totaal</b>	<b>1,05</b>	<b>0,54</b>	<b>0,06</b>	<b>0,05</b>	<b>0,02</b>	<b>0,88</b>	<b>0,51</b>	<b>0,05</b>	<b>3,16</b>

**Tabel 11.1 (slot)**  
**Verplaatsingen per provincie naar motief en hoofdvervoermiddel, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Utrecht</b>									
Van en naar het werk	0,27	0,03	0,04	0,03	0,01	0,14	0,02	0,01	0,56
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,14
Visite/logeren	0,16	0,12	0,01	0,01	0,00	0,09	0,05	0,01	0,44
Winkelen	0,19	0,08	0,01	0,02	0,00	0,20	0,15	0,01	0,65
Onderwijs	0,01	0,03	0,01	0,02	0,00	0,15	0,07	0,00	0,32
Ontspanning/sport	0,09	0,08	0,00	0,01	0,00	0,09	0,04	0,00	0,32
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,03	0,14	0,01	0,22
Overig	0,16	0,12	0,00	0,01	0,00	0,14	0,12	0,00	0,56
<b>Totaal</b>	<b>1,00</b>	<b>0,49</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0,03</b>	<b>0,87</b>	<b>0,60</b>	<b>0,04</b>	<b>3,20</b>
<b>Noord-Holland</b>									
Van en naar het werk	0,24	0,04	0,03	0,05	0,01	0,13	0,03	0,01	0,54
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,11
Visite/logeren	0,14	0,11	0,01	0,02	0,00	0,09	0,06	0,01	0,45
Winkelen	0,18	0,09	0,01	0,03	0,00	0,19	0,18	0,00	0,69
Onderwijs	0,01	0,04	0,02	0,03	0,00	0,11	0,07	0,01	0,29
Ontspanning/sport	0,09	0,08	0,01	0,02	0,00	0,10	0,05	0,00	0,35
Toeren/wandelen	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,04	0,14	0,01	0,24
Overig	0,15	0,11	0,01	0,02	0,00	0,12	0,11	0,01	0,52
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,50</b>	<b>0,09</b>	<b>0,17</b>	<b>0,02</b>	<b>0,79</b>	<b>0,64</b>	<b>0,05</b>	<b>3,17</b>
<b>Zuid-Holland</b>									
Van en naar het werk	0,26	0,04	0,03	0,04	0,01	0,12	0,03	0,01	0,53
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,11
Visite/logeren	0,14	0,11	0,01	0,02	0,00	0,08	0,06	0,01	0,42
Winkelen	0,18	0,09	0,00	0,03	0,00	0,17	0,17	0,00	0,66
Onderwijs	0,01	0,04	0,01	0,03	0,00	0,12	0,09	0,01	0,30
Ontspanning/sport	0,09	0,08	0,00	0,01	0,00	0,09	0,04	0,00	0,33
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,03	0,12	0,01	0,21
Overig	0,15	0,11	0,00	0,01	0,00	0,10	0,12	0,01	0,51
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,51</b>	<b>0,07</b>	<b>0,14</b>	<b>0,02</b>	<b>0,71</b>	<b>0,64</b>	<b>0,05</b>	<b>3,06</b>
<b>Zeeland</b>									
Van en naar het werk	0,26	0,04	0,01	0,01	0,00	0,15	0,03	0,02	0,51
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,10
Visite/logeren	0,13	0,12	0,00	0,00	0,00	0,09	0,08	0,01	0,44
Winkelen	0,20	0,09	0,00	0,00	0,01	0,21	0,10	0,01	0,63
Onderwijs	0,01	0,03	0,01	0,02	0,00	0,17	0,07	0,00	0,31
Ontspanning/sport	0,10	0,08	0,00	0,00	0,00	0,11	0,04	0,01	0,34
Toeren/wandelen	0,03	0,03	0,00	0,00	0,00	0,06	0,18	0,01	0,30
Overig	0,16	0,14	0,00	0,00	0,00	0,12	0,11	0,01	0,55
<b>Totaal</b>	<b>0,96</b>	<b>0,54</b>	<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,92</b>	<b>0,61</b>	<b>0,06</b>	<b>3,18</b>
<b>Noord-Brabant</b>									
Van en naar het werk	0,29	0,04	0,01	0,01	0,01	0,13	0,02	0,01	0,53
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,08	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,11
Visite/logeren	0,19	0,15	0,00	0,00	0,00	0,10	0,07	0,01	0,53
Winkelen	0,24	0,11	0,00	0,01	0,00	0,19	0,10	0,00	0,66
Onderwijs	0,02	0,04	0,01	0,01	0,00	0,12	0,09	0,01	0,30
Ontspanning/sport	0,11	0,10	0,00	0,00	0,00	0,09	0,05	0,01	0,36
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,13	0,01	0,22
Overig	0,18	0,12	0,00	0,00	0,00	0,10	0,10	0,01	0,52
<b>Totaal</b>	<b>1,12</b>	<b>0,59</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,79</b>	<b>0,56</b>	<b>0,06</b>	<b>3,22</b>
<b>Limburg</b>									
Van en naar het werk	0,30	0,04	0,01	0,01	0,01	0,11	0,03	0,01	0,52
Zakelijk bezoek in werksfeer	0,07	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,10
Visite/logeren	0,19	0,14	0,01	0,01	0,01	0,08	0,08	0,01	0,52
Winkelen	0,25	0,11	0,00	0,02	0,01	0,13	0,13	0,00	0,65
Onderwijs	0,02	0,04	0,01	0,02	0,00	0,09	0,09	0,01	0,27
Ontspanning/sport	0,11	0,09	0,00	0,00	0,00	0,07	0,05	0,01	0,35
Toeren/wandelen	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,03	0,16	0,01	0,25
Overig	0,20	0,12	0,00	0,00	0,00	0,07	0,11	0,01	0,51
<b>Totaal</b>	<b>1,15</b>	<b>0,58</b>	<b>0,04</b>	<b>0,06</b>	<b>0,03</b>	<b>0,60</b>	<b>0,65</b>	<b>0,06</b>	<b>3,16</b>

**Tabel 11.2**  
**Afgelegde afstand per provincie naar motief en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Groningen</b>									
Van en naar het werk	4,56	0,64	0,39	0,36	0,06	0,59	0,03	0,23	6,86
Zakelijk bezoek in werksfeer	1,69	0,33	0,15	0,00	0,00	0,04	0,01	0,04	2,27
Visite/logeren	3,36	2,91	0,97	0,20	0,03	0,31	0,07	0,07	7,90
Winkelen	1,73	1,15	0,18	0,11	0,02	0,43	0,11	0,02	3,76
Onderwijs	0,22	0,27	0,25	0,44	0,02	0,48	0,04	0,04	1,77
Ontspanning/sport	0,81	0,94	0,19	0,06	0,01	0,30	0,04	0,26	2,61
Toeren/wandelen	0,45	0,64	0,02	0,00	0,00	0,47	0,19	0,04	1,82
Overig	2,04	1,66	0,29	0,07	0,01	0,25	0,11	0,02	4,45
<b>Totaal</b>	<b>14,86</b>	<b>8,55</b>	<b>2,43</b>	<b>1,24</b>	<b>0,16</b>	<b>2,87</b>	<b>0,59</b>	<b>0,73</b>	<b>31,43</b>
<b>Friesland</b>									
Van en naar het werk	4,94	1,18	0,24	0,18	0,05	0,50	0,02	0,21	7,33
Zakelijk bezoek in werksfeer	1,59	0,46	0,08	0,03	0,00	0,05	0,01	0,05	2,28
Visite/logeren	3,01	2,74	0,33	0,14	0,01	0,27	0,06	0,15	6,69
Winkelen	1,42	0,83	0,08	0,07	0,01	0,38	0,06	0,02	2,87
Onderwijs	0,25	0,25	0,42	0,67	0,01	0,52	0,07	0,07	2,25
Ontspanning/sport	1,10	1,27	0,19	0,06	0,00	0,25	0,03	0,02	2,92
Toeren/wandelen	0,60	0,92	0,08	0,03	0,00	0,40	0,19	0,44	2,66
Overig	2,04	1,65	0,25	0,04	0,01	0,23	0,07	0,11	4,41
<b>Totaal</b>	<b>14,94</b>	<b>9,30</b>	<b>1,67</b>	<b>1,21</b>	<b>0,08</b>	<b>2,61</b>	<b>0,52</b>	<b>1,08</b>	<b>31,41</b>
<b>Drenthe</b>									
Van en naar het werk	5,31	1,17	0,55	0,10	0,03	0,49	0,03	0,36	8,02
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,73	0,23	0,07	0,00	0,01	0,03	0,00	0,01	3,08
Visite/logeren	4,46	3,89	0,13	0,05	0,00	0,28	0,03	0,10	8,95
Winkelen	1,93	1,28	0,18	0,05	0,00	0,43	0,05	0,03	3,94
Onderwijs	0,27	0,32	0,72	0,46	0,02	0,54	0,05	0,11	2,48
Ontspanning/sport	1,21	1,31	0,09	0,02	0,01	0,32	0,03	0,03	3,02
Toeren/wandelen	0,74	0,71	0,08	0,04	0,00	0,47	0,23	0,27	2,53
Overig	1,72	1,52	0,03	0,07	0,00	0,30	0,06	0,15	3,84
<b>Totaal</b>	<b>18,35</b>	<b>10,42</b>	<b>1,86</b>	<b>0,78</b>	<b>0,07</b>	<b>2,84</b>	<b>0,48</b>	<b>1,06</b>	<b>35,86</b>
<b>Overijssel</b>									
Van en naar het werk	5,06	0,99	0,71	0,12	0,04	0,58	0,03	0,33	7,86
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,02	0,38	0,42	0,00	0,00	0,04	0,01	0,05	2,91
Visite/logeren	2,86	3,01	0,43	0,06	0,01	0,30	0,05	0,05	6,77
Winkelen	1,49	0,88	0,13	0,04	0,01	0,42	0,07	0,01	3,05
Onderwijs	0,29	0,34	0,44	0,33	0,02	0,58	0,06	0,13	2,19
Ontspanning/sport	1,08	1,09	0,17	0,04	0,00	0,30	0,04	0,06	2,78
Toeren/wandelen	0,48	0,45	0,19	0,02	0,01	0,33	0,18	0,12	1,79
Overig	1,87	1,69	0,15	0,02	0,00	0,27	0,19	0,07	4,26
<b>Totaal</b>	<b>15,15</b>	<b>8,83</b>	<b>2,63</b>	<b>0,62</b>	<b>0,09</b>	<b>2,82</b>	<b>0,62</b>	<b>0,83</b>	<b>31,60</b>
<b>Flevoland</b>									
Van en naar het werk	7,58	1,51	2,04	0,57	0,09	0,36	0,06	0,24	12,44
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,96	0,44	0,04	0,04	0,00	0,03	0,01	0,05	3,57
Visite/logeren	3,56	3,64	0,76	0,21	0,02	0,16	0,12	0,21	8,67
Winkelen	1,48	0,84	0,36	0,11	0,01	0,30	0,11	0,02	3,23
Onderwijs	0,37	0,40	0,66	0,56	0,01	0,40	0,07	0,18	2,66
Ontspanning/sport	1,08	1,20	0,07	0,07	0,01	0,13	0,03	0,03	2,61
Toeren/wandelen	0,79	0,90	0,09	0,01	0,00	0,27	0,18	0,07	2,31
Overig	2,66	2,85	0,20	0,05	0,03	0,24	0,10	0,17	6,30
<b>Totaal</b>	<b>20,46</b>	<b>11,76</b>	<b>4,24</b>	<b>1,62</b>	<b>0,16</b>	<b>1,89</b>	<b>0,68</b>	<b>0,97</b>	<b>41,79</b>
<b>Gelderland</b>									
Van en naar het werk	5,53	0,91	0,87	0,19	0,07	0,56	0,04	0,24	8,41
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,06	0,28	0,21	0,02	0,01	0,05	0,01	0,05	2,69
Visite/logeren	3,45	3,30	0,57	0,11	0,02	0,28	0,05	0,05	7,82
Winkelen	1,53	0,83	0,16	0,08	0,01	0,36	0,08	0,03	3,10
Onderwijs	0,27	0,26	0,66	0,25	0,04	0,50	0,06	0,10	2,13
Ontspanning/sport	1,18	1,18	0,22	0,06	0,01	0,27	0,04	0,11	3,07
Toeren/wandelen	0,59	0,89	0,08	0,03	0,00	0,30	0,20	0,10	2,18
Overig	1,92	1,72	0,17	0,06	0,01	0,28	0,07	0,07	4,31
<b>Totaal</b>	<b>16,53</b>	<b>9,37</b>	<b>2,94</b>	<b>0,81</b>	<b>0,16</b>	<b>2,58</b>	<b>0,54</b>	<b>0,76</b>	<b>33,71</b>

**Tabel 11.2 (slot)**  
**Afgelegde afstand per provincie naar motief en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Utrecht</b>									
Van en naar het werk	6,01	0,70	1,50	0,48	0,08	0,64	0,09	0,19	9,70
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,74	0,31	0,17	0,03	0,00	0,05	0,01	0,08	3,40
Visite/logeren	3,40	3,33	0,76	0,16	0,01	0,28	0,06	0,06	8,06
Winkelen	1,38	0,71	0,31	0,13	0,01	0,39	0,12	0,02	3,08
Onderwijs	0,24	0,19	0,39	0,40	0,03	0,48	0,06	0,07	1,87
Ontspanning/sport	1,16	1,19	0,13	0,10	0,01	0,24	0,06	0,12	3,01
Toeren/wandelen	0,54	0,64	0,14	0,02	0,01	0,29	0,18	0,15	1,96
Overig	1,95	1,78	0,19	0,08	0,02	0,26	0,11	0,06	4,45
<b>Totaal</b>	<b>17,42</b>	<b>8,86</b>	<b>3,59</b>	<b>1,42</b>	<b>0,18</b>	<b>2,61</b>	<b>0,70</b>	<b>0,74</b>	<b>35,53</b>
<b>Noord-Holland</b>									
Van en naar het werk	4,72	0,76	1,23	0,72	0,06	0,56	0,07	0,21	8,34
Zakelijk bezoek in werksfeer	1,85	0,24	0,21	0,06	0,00	0,06	0,01	0,20	2,62
Visite/logeren	3,05	2,79	0,62	0,25	0,01	0,30	0,08	0,07	7,18
Winkelen	1,16	0,71	0,19	0,25	0,01	0,39	0,17	0,02	2,90
Onderwijs	0,24	0,23	0,56	0,40	0,02	0,31	0,07	0,07	1,89
Ontspanning/sport	1,21	1,17	0,36	0,21	0,00	0,30	0,06	0,04	3,36
Toeren/wandelen	0,52	0,77	0,14	0,09	0,00	0,33	0,19	0,18	2,23
Overig	1,60	1,52	0,35	0,20	0,02	0,24	0,10	0,06	4,08
<b>Totaal</b>	<b>14,33</b>	<b>8,18</b>	<b>3,66</b>	<b>2,19</b>	<b>0,13</b>	<b>2,48</b>	<b>0,76</b>	<b>0,87</b>	<b>32,59</b>
<b>Zuid-Holland</b>									
Van en naar het werk	4,78	0,70	0,93	0,61	0,06	0,49	0,07	0,20	7,84
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,10	0,34	0,24	0,05	0,00	0,04	0,01	0,13	2,91
Visite/logeren	2,72	2,48	0,38	0,25	0,02	0,24	0,06	0,10	6,26
Winkelen	1,23	0,81	0,15	0,24	0,02	0,32	0,16	0,02	2,94
Onderwijs	0,28	0,23	0,42	0,45	0,01	0,33	0,07	0,06	1,85
Ontspanning/sport	1,20	1,11	0,26	0,14	0,01	0,26	0,05	0,10	3,13
Toeren/wandelen	0,52	0,68	0,13	0,07	0,01	0,24	0,17	0,09	1,90
Overig	1,62	1,44	0,24	0,11	0,01	0,21	0,11	0,08	3,83
<b>Totaal</b>	<b>14,44</b>	<b>7,78</b>	<b>2,74</b>	<b>1,91</b>	<b>0,14</b>	<b>2,13</b>	<b>0,70</b>	<b>0,79</b>	<b>30,65</b>
<b>Zeeland</b>									
Van en naar het werk	4,81	0,79	0,40	0,11	0,05	0,43	0,03	0,16	6,78
Zakelijk bezoek in werksfeer	1,82	0,12	0,22	0,01	0,00	0,04	0,01	0,11	2,33
Visite/logeren	2,31	2,28	0,26	0,04	0,01	0,21	0,05	0,09	5,24
Winkelen	1,48	0,97	0,16	0,13	0,04	0,39	0,07	0,05	3,29
Onderwijs	0,31	0,20	0,54	0,53	0,05	0,57	0,06	0,06	2,31
Ontspanning/sport	1,21	1,03	0,20	0,16	0,01	0,25	0,04	0,04	2,93
Toeren/wandelen	0,84	0,52	0,04	0,06	0,00	0,32	0,26	0,08	2,12
Overig	1,98	2,14	0,33	0,02	0,00	0,26	0,11	0,06	4,90
<b>Totaal</b>	<b>14,75</b>	<b>8,07</b>	<b>2,15</b>	<b>1,06</b>	<b>0,16</b>	<b>2,47</b>	<b>0,61</b>	<b>0,64</b>	<b>29,90</b>
<b>Noord-Brabant</b>									
Van en naar het werk	5,61	0,98	0,58	0,16	0,06	0,52	0,04	0,26	8,22
Zakelijk bezoek in werksfeer	2,31	0,25	0,11	0,04	0,00	0,04	0,01	0,10	2,87
Visite/logeren	2,99	2,94	0,28	0,07	0,02	0,28	0,05	0,06	6,70
Winkelen	1,58	0,94	0,11	0,08	0,01	0,37	0,09	0,02	3,19
Onderwijs	0,25	0,26	0,45	0,27	0,03	0,40	0,07	0,10	1,82
Ontspanning/sport	1,30	1,67	0,23	0,04	0,01	0,28	0,05	0,10	3,67
Toeren/wandelen	0,53	0,74	0,21	0,03	0,00	0,37	0,17	0,09	2,15
Overig	1,82	1,42	0,08	0,04	0,00	0,21	0,08	0,06	3,72
<b>Totaal</b>	<b>16,40</b>	<b>9,20</b>	<b>2,05</b>	<b>0,74</b>	<b>0,14</b>	<b>2,46</b>	<b>0,56</b>	<b>0,80</b>	<b>32,34</b>
<b>Limburg</b>									
Van en naar het werk	4,56	0,61	0,35	0,16	0,05	0,41	0,04	0,25	6,42
Zakelijk bezoek in werksfeer	1,71	0,22	0,24	0,04	0,00	0,03	0,01	0,03	2,28
Visite/logeren	2,57	2,33	0,53	0,10	0,04	0,19	0,06	0,06	5,88
Winkelen	1,45	0,91	0,15	0,11	0,02	0,25	0,12	0,02	3,03
Onderwijs	0,34	0,19	0,51	0,27	0,01	0,32	0,07	0,08	1,80
Ontspanning/sport	1,10	1,17	0,32	0,04	0,00	0,22	0,05	0,09	2,99
Toeren/wandelen	0,34	0,70	0,43	0,01	0,00	0,30	0,27	0,13	2,18
Overig	1,61	1,33	0,06	0,05	0,01	0,14	0,09	0,11	3,39
<b>Totaal</b>	<b>13,68</b>	<b>7,45</b>	<b>2,60</b>	<b>0,77</b>	<b>0,14</b>	<b>1,85</b>	<b>0,71</b>	<b>0,77</b>	<b>27,97</b>

Tabel 11.3  
Verplaatsingen per provincie naar afstandsklasse en hoofdvervoerswijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Groningen</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,16	0,00	0,21
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,12	0,18	0,01	0,34
1 tot 2,5 km	0,14	0,08	0,00	0,00	0,00	0,43	0,16	0,01	0,82
2,5 tot 3,7 km	0,09	0,05	0,00	0,00	0,00	0,13	0,03	0,01	0,32
3,7 tot 5 km	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,14
5 tot 7,5 km	0,16	0,07	0,00	0,02	0,00	0,09	0,01	0,01	0,36
7,5 tot 10 km	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,11
10 tot 15 km	0,11	0,06	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,21
15 tot 20 km	0,08	0,04	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,15
20 tot 30 km	0,09	0,04	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,16
30 tot 40 km	0,06	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
40 tot 50 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
50 km of meer	0,05	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,49</b>	<b>0,03</b>	<b>0,07</b>	<b>0,02</b>	<b>0,94</b>	<b>0,54</b>	<b>0,05</b>	<b>3,06</b>
<b>Friesland</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,16	0,00	0,23
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,16	0,16	0,00	0,37
1 tot 2,5 km	0,16	0,09	0,00	0,00	0,01	0,46	0,13	0,01	0,87
2,5 tot 3,7 km	0,09	0,05	0,00	0,00	0,00	0,13	0,02	0,01	0,31
3,7 tot 5 km	0,06	0,03	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,13
5 tot 7,5 km	0,14	0,08	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,01	0,32
7,5 tot 10 km	0,05	0,02	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,11
10 tot 15 km	0,10	0,05	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,20
15 tot 20 km	0,08	0,04	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,14
20 tot 30 km	0,09	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
30 tot 40 km	0,05	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10
40 tot 50 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05
50 km of meer	0,06	0,04	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
<b>Totaal</b>	<b>0,94</b>	<b>0,51</b>	<b>0,03</b>	<b>0,06</b>	<b>0,02</b>	<b>1,00</b>	<b>0,49</b>	<b>0,05</b>	<b>3,10</b>
<b>Drenthe</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,04	0,15	0,00	0,21
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,14	0,13	0,00	0,32
1 tot 2,5 km	0,17	0,08	0,00	0,00	0,00	0,40	0,11	0,01	0,77
2,5 tot 3,7 km	0,11	0,06	0,00	0,00	0,00	0,13	0,02	0,00	0,33
3,7 tot 5 km	0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,06	0,01	0,00	0,17
5 tot 7,5 km	0,16	0,09	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,01	0,34
7,5 tot 10 km	0,06	0,02	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,11
10 tot 15 km	0,12	0,05	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,01	0,22
15 tot 20 km	0,09	0,05	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,15
20 tot 30 km	0,11	0,05	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,19
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
40 tot 50 km	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
50 km of meer	0,09	0,06	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
<b>Totaal</b>	<b>1,08</b>	<b>0,54</b>	<b>0,03</b>	<b>0,03</b>	<b>0,01</b>	<b>0,92</b>	<b>0,42</b>	<b>0,05</b>	<b>3,08</b>
<b>Overijssel</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,16	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,03	0,01	0,00	0,00	0,00	0,13	0,17	0,00	0,35
1 tot 2,5 km	0,19	0,11	0,00	0,00	0,00	0,42	0,14	0,01	0,87
2,5 tot 3,7 km	0,12	0,08	0,00	0,00	0,00	0,15	0,03	0,00	0,39
3,7 tot 5 km	0,08	0,04	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,19
5 tot 7,5 km	0,16	0,08	0,00	0,01	0,00	0,09	0,00	0,01	0,36
7,5 tot 10 km	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,11
10 tot 15 km	0,11	0,05	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,21
15 tot 20 km	0,08	0,03	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,07	0,05	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
40 tot 50 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
50 km of meer	0,06	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
<b>Totaal</b>	<b>1,02</b>	<b>0,56</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,96</b>	<b>0,51</b>	<b>0,05</b>	<b>3,20</b>
<b>Flevoland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,17	0,00	0,20
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,08	0,18	0,00	0,30
1 tot 2,5 km	0,16	0,10	0,00	0,01	0,01	0,33	0,18	0,01	0,79
2,5 tot 3,7 km	0,11	0,07	0,00	0,01	0,00	0,12	0,02	0,00	0,34
3,7 tot 5 km	0,05	0,04	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,01	0,14
5 tot 7,5 km	0,14	0,09	0,00	0,01	0,01	0,06	0,01	0,00	0,32
7,5 tot 10 km	0,04	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,09
10 tot 15 km	0,10	0,07	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,20
15 tot 20 km	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,09
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
30 tot 40 km	0,08	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16
40 tot 50 km	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08
50 km of meer	0,12	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23
<b>Totaal</b>	<b>0,99</b>	<b>0,61</b>	<b>0,10</b>	<b>0,08</b>	<b>0,02</b>	<b>0,70</b>	<b>0,56</b>	<b>0,05</b>	<b>3,11</b>



Tabel 11.3 (vervolg)  
Verplaatsingen per provincie naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Gelderland</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,17	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,12	0,17	0,00	0,34
1 tot 2,5 km	0,19	0,10	0,00	0,00	0,01	0,40	0,14	0,01	0,86
2,5 tot 3,7 km	0,12	0,07	0,00	0,00	0,00	0,13	0,02	0,01	0,35
3,7 tot 5 km	0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,15
5 tot 7,5 km	0,15	0,08	0,00	0,01	0,01	0,08	0,00	0,01	0,35
7,5 tot 10 km	0,07	0,03	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,13
10 tot 15 km	0,12	0,05	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,22
15 tot 20 km	0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,12
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08
40 tot 50 km	0,03	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05
50 km of meer	0,08	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17
<b>Totaal</b>	<b>1,05</b>	<b>0,54</b>	<b>0,06</b>	<b>0,05</b>	<b>0,02</b>	<b>0,88</b>	<b>0,51</b>	<b>0,05</b>	<b>3,16</b>
<b>Utrecht</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,18	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,13	0,21	0,00	0,38
1 tot 2,5 km	0,16	0,09	0,00	0,00	0,01	0,38	0,17	0,01	0,82
2,5 tot 3,7 km	0,10	0,05	0,00	0,01	0,00	0,14	0,02	0,00	0,33
3,7 tot 5 km	0,06	0,03	0,00	0,01	0,00	0,05	0,00	0,00	0,15
5 tot 7,5 km	0,14	0,07	0,00	0,01	0,01	0,08	0,01	0,00	0,32
7,5 tot 10 km	0,06	0,03	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,13
10 tot 15 km	0,11	0,05	0,01	0,02	0,00	0,02	0,00	0,01	0,22
15 tot 20 km	0,07	0,03	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,09	0,03	0,02	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,16
30 tot 40 km	0,05	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
40 tot 50 km	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
50 km of meer	0,09	0,05	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19
<b>Totaal</b>	<b>1,00</b>	<b>0,49</b>	<b>0,09</b>	<b>0,09</b>	<b>0,03</b>	<b>0,87</b>	<b>0,60</b>	<b>0,04</b>	<b>3,20</b>
<b>Noord-Holland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,18	0,00	0,23
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,10	0,23	0,00	0,37
1 tot 2,5 km	0,15	0,09	0,00	0,01	0,00	0,34	0,19	0,01	0,80
2,5 tot 3,7 km	0,09	0,05	0,00	0,01	0,00	0,11	0,03	0,01	0,31
3,7 tot 5 km	0,05	0,03	0,00	0,01	0,00	0,05	0,00	0,00	0,16
5 tot 7,5 km	0,15	0,07	0,00	0,04	0,00	0,08	0,01	0,01	0,36
7,5 tot 10 km	0,05	0,03	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,12
10 tot 15 km	0,10	0,05	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,23
15 tot 20 km	0,06	0,03	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16
30 tot 40 km	0,05	0,02	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
40 tot 50 km	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
50 km of meer	0,06	0,04	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,50</b>	<b>0,09</b>	<b>0,17</b>	<b>0,02</b>	<b>0,79</b>	<b>0,64</b>	<b>0,05</b>	<b>3,17</b>
<b>Zuid-Holland</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,03	0,18	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,09	0,23	0,00	0,37
1 tot 2,5 km	0,16	0,10	0,00	0,01	0,01	0,32	0,20	0,01	0,81
2,5 tot 3,7 km	0,09	0,06	0,00	0,02	0,00	0,10	0,03	0,00	0,30
3,7 tot 5 km	0,05	0,03	0,00	0,01	0,00	0,04	0,00	0,00	0,14
5 tot 7,5 km	0,15	0,09	0,00	0,03	0,00	0,07	0,01	0,01	0,35
7,5 tot 10 km	0,06	0,03	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,12
10 tot 15 km	0,10	0,05	0,01	0,02	0,00	0,02	0,00	0,00	0,21
15 tot 20 km	0,07	0,03	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,01	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08
40 tot 50 km	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
50 km of meer	0,07	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>0,51</b>	<b>0,07</b>	<b>0,14</b>	<b>0,02</b>	<b>0,71</b>	<b>0,64</b>	<b>0,05</b>	<b>3,06</b>
<b>Zeeland</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,20	0,00	0,28
0,5 tot 1 km	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,17	0,22	0,01	0,43
1 tot 2,5 km	0,16	0,11	0,00	0,00	0,00	0,41	0,14	0,01	0,83
2,5 tot 3,7 km	0,09	0,05	0,00	0,00	0,00	0,11	0,03	0,01	0,30
3,7 tot 5 km	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,04	0,01	0,00	0,12
5 tot 7,5 km	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,08	0,01	0,01	0,35
7,5 tot 10 km	0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,13
10 tot 15 km	0,13	0,07	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,01	0,25
15 tot 20 km	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,13
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,14
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
40 tot 50 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
50 km of meer	0,06	0,04	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,12
<b>Totaal</b>	<b>0,96</b>	<b>0,54</b>	<b>0,03</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,92</b>	<b>0,61</b>	<b>0,06</b>	<b>3,18</b>

**Tabel 11.3 (slot)**  
**Verplaatsingen per provincie naar afstandsklasse en hoofdvervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal verplaatsingen per persoon per dag</i>									
<b>Noord-Brabant</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,17	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,10	0,20	0,00	0,36
1 tot 2,5 km	0,21	0,11	0,00	0,00	0,00	0,35	0,15	0,01	0,83
2,5 tot 3,7 km	0,12	0,07	0,00	0,00	0,00	0,11	0,02	0,01	0,33
3,7 tot 5 km	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,16
5 tot 7,5 km	0,18	0,09	0,00	0,01	0,01	0,09	0,00	0,01	0,39
7,5 tot 10 km	0,07	0,03	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,13
10 tot 15 km	0,13	0,07	0,00	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,24
15 tot 20 km	0,08	0,04	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,14
20 tot 30 km	0,09	0,04	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
40 tot 50 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04
50 km of meer	0,07	0,05	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
<b>Totaal</b>	<b>1,12</b>	<b>0,59</b>	<b>0,04</b>	<b>0,04</b>	<b>0,02</b>	<b>0,79</b>	<b>0,56</b>	<b>0,06</b>	<b>3,22</b>
<b>Limburg</b>									
0 tot 0,5 km	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,18	0,00	0,22
0,5 tot 1 km	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,08	0,22	0,00	0,35
1 tot 2,5 km	0,23	0,13	0,00	0,01	0,01	0,26	0,20	0,01	0,83
2,5 tot 3,7 km	0,13	0,08	0,00	0,00	0,01	0,09	0,03	0,01	0,35
3,7 tot 5 km	0,08	0,04	0,00	0,01	0,00	0,03	0,01	0,00	0,17
5 tot 7,5 km	0,19	0,09	0,00	0,01	0,01	0,06	0,01	0,01	0,38
7,5 tot 10 km	0,09	0,04	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,00	0,15
10 tot 15 km	0,14	0,06	0,00	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,25
15 tot 20 km	0,07	0,03	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,12
20 tot 30 km	0,08	0,04	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15
30 tot 40 km	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
40 tot 50 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03
50 km of meer	0,04	0,03	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09
<b>Totaal</b>	<b>1,15</b>	<b>0,58</b>	<b>0,04</b>	<b>0,06</b>	<b>0,03</b>	<b>0,60</b>	<b>0,65</b>	<b>0,06</b>	<b>3,16</b>

Tabel 11.4  
Afgelegde afstand per provincie naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Groningen</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,07	0,12	0,00	0,21
1 tot 2,5 km	0,22	0,13	0,00	0,02	0,01	0,64	0,24	0,02	1,27
2,5 tot 3,7 km	0,27	0,17	0,00	0,02	0,01	0,39	0,08	0,02	0,96
3,7 tot 5 km	0,22	0,13	0,00	0,03	0,01	0,23	0,01	0,01	0,63
5 tot 7,5 km	0,92	0,43	0,01	0,11	0,01	0,55	0,04	0,03	2,10
7,5 tot 10 km	0,37	0,26	0,01	0,03	0,01	0,21	0,00	0,02	0,92
10 tot 15 km	1,21	0,65	0,01	0,12	0,03	0,31	0,00	0,06	2,40
15 tot 20 km	1,31	0,70	0,03	0,22	0,04	0,22	0,00	0,04	2,56
20 tot 30 km	2,01	1,05	0,23	0,28	0,03	0,14	0,05	0,06	3,85
30 tot 40 km	1,93	0,86	0,13	0,19	0,02	0,04	0,00	0,07	3,24
40 tot 50 km	0,84	0,44	0,12	0,04	0,00	0,01	0,00	0,06	1,50
50 km of meer	5,53	3,72	1,89	0,20	0,00	0,05	0,00	0,34	11,73
<b>Totaal</b>	<b>14,86</b>	<b>8,55</b>	<b>2,43</b>	<b>1,24</b>	<b>0,16</b>	<b>2,87</b>	<b>0,59</b>	<b>0,73</b>	<b>31,43</b>
<b>Friesland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,05	0,00	0,07
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,09	0,11	0,00	0,24
1 tot 2,5 km	0,25	0,13	0,00	0,01	0,02	0,67	0,22	0,01	1,30
2,5 tot 3,7 km	0,26	0,16	0,00	0,01	0,00	0,40	0,07	0,02	0,93
3,7 tot 5 km	0,23	0,12	0,00	0,01	0,00	0,16	0,02	0,01	0,55
5 tot 7,5 km	0,83	0,45	0,00	0,05	0,02	0,44	0,04	0,05	1,88
7,5 tot 10 km	0,44	0,19	0,00	0,05	0,00	0,18	0,01	0,02	0,91
10 tot 15 km	1,18	0,56	0,01	0,16	0,02	0,35	0,01	0,10	2,39
15 tot 20 km	1,30	0,65	0,03	0,13	0,01	0,13	0,00	0,08	2,33
20 tot 30 km	2,07	1,05	0,17	0,33	0,02	0,10	0,00	0,08	3,80
30 tot 40 km	1,72	0,89	0,15	0,25	0,00	0,02	0,00	0,08	3,12
40 tot 50 km	1,12	0,73	0,07	0,10	0,00	0,00	0,00	0,02	2,03
50 km of meer	5,52	4,34	1,23	0,11	0,00	0,05	0,00	0,60	11,86
<b>Totaal</b>	<b>14,94</b>	<b>9,30</b>	<b>1,67</b>	<b>1,21</b>	<b>0,08</b>	<b>2,61</b>	<b>0,52</b>	<b>1,08</b>	<b>31,41</b>
<b>Drenthe</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,04	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,08	0,09	0,00	0,20
1 tot 2,5 km	0,27	0,13	0,00	0,00	0,00	0,60	0,18	0,01	1,20
2,5 tot 3,7 km	0,32	0,19	0,00	0,01	0,00	0,39	0,07	0,00	0,98
3,7 tot 5 km	0,28	0,14	0,00	0,00	0,00	0,25	0,03	0,02	0,72
5 tot 7,5 km	0,91	0,50	0,01	0,04	0,01	0,44	0,04	0,04	1,99
7,5 tot 10 km	0,49	0,20	0,00	0,02	0,00	0,16	0,01	0,02	0,88
10 tot 15 km	1,32	0,61	0,03	0,08	0,04	0,36	0,02	0,08	2,55
15 tot 20 km	1,48	0,73	0,05	0,11	0,01	0,18	0,00	0,02	2,59
20 tot 30 km	2,59	1,08	0,14	0,17	0,00	0,19	0,00	0,17	4,35
30 tot 40 km	1,47	0,54	0,16	0,10	0,00	0,07	0,01	0,06	2,41
40 tot 50 km	1,05	0,53	0,08	0,06	0,00	0,03	0,01	0,02	1,77
50 km of meer	8,14	5,75	1,39	0,18	0,00	0,07	0,00	0,62	16,16
<b>Totaal</b>	<b>18,35</b>	<b>10,42</b>	<b>1,86</b>	<b>0,78</b>	<b>0,07</b>	<b>2,84</b>	<b>0,48</b>	<b>1,06</b>	<b>35,86</b>
<b>Overijssel</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,08	0,11	0,00	0,22
1 tot 2,5 km	0,30	0,17	0,00	0,01	0,01	0,64	0,21	0,01	1,35
2,5 tot 3,7 km	0,36	0,24	0,00	0,02	0,01	0,45	0,09	0,02	1,17
3,7 tot 5 km	0,33	0,18	0,00	0,01	0,00	0,24	0,01	0,01	0,79
5 tot 7,5 km	0,93	0,48	0,01	0,07	0,02	0,56	0,01	0,05	2,13
7,5 tot 10 km	0,45	0,24	0,02	0,02	0,00	0,20	0,01	0,03	0,96
10 tot 15 km	1,25	0,62	0,07	0,12	0,02	0,32	0,02	0,08	2,49
15 tot 20 km	1,25	0,46	0,08	0,13	0,02	0,15	0,01	0,05	2,14
20 tot 30 km	1,72	1,05	0,16	0,10	0,01	0,09	0,00	0,06	3,19
30 tot 40 km	1,14	0,58	0,17	0,08	0,00	0,05	0,00	0,03	2,05
40 tot 50 km	0,83	0,55	0,17	0,03	0,00	0,03	0,00	0,04	1,66
50 km of meer	6,58	4,24	1,95	0,04	0,00	0,01	0,11	0,45	13,39
<b>Totaal</b>	<b>15,15</b>	<b>8,83</b>	<b>2,63</b>	<b>0,62</b>	<b>0,09</b>	<b>2,82</b>	<b>0,62</b>	<b>0,83</b>	<b>31,60</b>
<b>Flevoland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,05	0,13	0,00	0,21
1 tot 2,5 km	0,25	0,16	0,00	0,03	0,01	0,51	0,27	0,01	1,25
2,5 tot 3,7 km	0,33	0,22	0,01	0,09	0,01	0,37	0,06	0,01	1,10
3,7 tot 5 km	0,21	0,16	0,00	0,05	0,00	0,17	0,02	0,02	0,64
5 tot 7,5 km	0,78	0,48	0,02	0,14	0,03	0,34	0,04	0,02	1,86
7,5 tot 10 km	0,35	0,27	0,01	0,04	0,00	0,09	0,00	0,01	0,79
10 tot 15 km	1,09	0,79	0,04	0,29	0,04	0,13	0,03	0,07	2,47
15 tot 20 km	0,76	0,49	0,10	0,12	0,01	0,10	0,00	0,05	1,64
20 tot 30 km	2,01	1,07	0,70	0,36	0,03	0,06	0,00	0,14	4,37
30 tot 40 km	2,70	1,21	0,56	0,30	0,02	0,03	0,01	0,15	4,98
40 tot 50 km	1,81	0,89	0,70	0,06	0,00	0,00	0,00	0,24	3,71
50 km of meer	10,16	5,99	2,10	0,14	0,00	0,03	0,06	0,25	18,72
<b>Totaal</b>	<b>20,46</b>	<b>11,76</b>	<b>4,24</b>	<b>1,62</b>	<b>0,16</b>	<b>1,89</b>	<b>0,68</b>	<b>0,97</b>	<b>41,79</b>

Tabel 11.4 (vervolg)  
Afgelegde afstand per provincie naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Gelderland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,07	0,12	0,00	0,22
1 tot 2,5 km	0,30	0,17	0,00	0,01	0,01	0,60	0,23	0,02	1,34
2,5 tot 3,7 km	0,36	0,20	0,00	0,02	0,01	0,40	0,07	0,02	1,08
3,7 tot 5 km	0,27	0,13	0,00	0,03	0,01	0,19	0,02	0,01	0,67
5 tot 7,5 km	0,91	0,47	0,01	0,11	0,04	0,47	0,03	0,04	2,07
7,5 tot 10 km	0,56	0,28	0,01	0,06	0,01	0,20	0,00	0,03	1,15
10 tot 15 km	1,31	0,61	0,06	0,13	0,04	0,32	0,01	0,07	2,56
15 tot 20 km	1,08	0,48	0,11	0,11	0,02	0,15	0,01	0,06	2,03
20 tot 30 km	1,77	0,84	0,26	0,17	0,01	0,09	0,00	0,08	3,21
30 tot 40 km	1,46	0,65	0,28	0,06	0,02	0,05	0,00	0,07	2,59
40 tot 50 km	1,20	0,68	0,28	0,04	0,00	0,03	0,00	0,05	2,28
50 km of meer	7,29	4,85	1,92	0,06	0,00	0,00	0,00	0,32	14,45
<b>Totaal</b>	<b>16,53</b>	<b>9,37</b>	<b>2,94</b>	<b>0,81</b>	<b>0,16</b>	<b>2,58</b>	<b>0,54</b>	<b>0,76</b>	<b>33,71</b>
<b>Utrecht</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,00	0,07
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,08	0,15	0,00	0,25
1 tot 2,5 km	0,26	0,14	0,00	0,03	0,01	0,60	0,28	0,01	1,34
2,5 tot 3,7 km	0,30	0,16	0,00	0,06	0,01	0,42	0,07	0,01	1,04
3,7 tot 5 km	0,25	0,12	0,01	0,06	0,01	0,21	0,02	0,01	0,69
5 tot 7,5 km	0,81	0,43	0,02	0,15	0,03	0,46	0,04	0,02	1,97
7,5 tot 10 km	0,51	0,25	0,03	0,10	0,02	0,23	0,01	0,02	1,17
10 tot 15 km	1,27	0,56	0,10	0,23	0,04	0,29	0,02	0,08	2,59
15 tot 20 km	1,18	0,45	0,15	0,17	0,02	0,12	0,00	0,05	2,13
20 tot 30 km	2,10	0,79	0,39	0,32	0,02	0,11	0,01	0,09	3,84
30 tot 40 km	1,62	0,66	0,39	0,08	0,01	0,04	0,00	0,10	2,91
40 tot 50 km	1,46	0,58	0,64	0,07	0,00	0,02	0,00	0,05	2,81
50 km of meer	7,67	4,71	1,85	0,12	0,00	0,03	0,04	0,30	14,72
<b>Totaal</b>	<b>17,42</b>	<b>8,86</b>	<b>3,59</b>	<b>1,42</b>	<b>0,18</b>	<b>2,61</b>	<b>0,70</b>	<b>0,74</b>	<b>35,53</b>
<b>Noord-Holland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,07	0,00	0,08
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,06	0,17	0,00	0,26
1 tot 2,5 km	0,24	0,15	0,00	0,06	0,01	0,53	0,31	0,01	1,32
2,5 tot 3,7 km	0,27	0,16	0,00	0,10	0,01	0,36	0,09	0,02	1,01
3,7 tot 5 km	0,23	0,15	0,00	0,10	0,01	0,22	0,02	0,01	0,74
5 tot 7,5 km	0,85	0,43	0,03	0,30	0,02	0,48	0,05	0,05	2,20
7,5 tot 10 km	0,45	0,23	0,03	0,18	0,01	0,17	0,01	0,03	1,12
10 tot 15 km	1,17	0,62	0,10	0,46	0,03	0,30	0,02	0,06	2,76
15 tot 20 km	1,01	0,53	0,24	0,26	0,01	0,14	0,01	0,05	2,24
20 tot 30 km	1,90	0,85	0,44	0,36	0,01	0,07	0,00	0,10	3,74
30 tot 40 km	1,48	0,65	0,52	0,12	0,00	0,06	0,00	0,07	2,90
40 tot 50 km	1,23	0,61	0,38	0,12	0,00	0,03	0,00	0,05	2,41
50 km of meer	5,47	3,78	1,93	0,13	0,02	0,05	0,00	0,42	11,81
<b>Totaal</b>	<b>14,33</b>	<b>8,18</b>	<b>3,66</b>	<b>2,19</b>	<b>0,13</b>	<b>2,48</b>	<b>0,76</b>	<b>0,87</b>	<b>32,59</b>
<b>Zuid-Holland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,06	0,00	0,08
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,06	0,17	0,00	0,25
1 tot 2,5 km	0,25	0,16	0,00	0,06	0,01	0,48	0,30	0,01	1,28
2,5 tot 3,7 km	0,28	0,17	0,00	0,08	0,01	0,32	0,08	0,01	0,96
3,7 tot 5 km	0,22	0,12	0,00	0,08	0,01	0,17	0,02	0,01	0,63
5 tot 7,5 km	0,86	0,50	0,02	0,25	0,03	0,40	0,04	0,05	2,14
7,5 tot 10 km	0,47	0,24	0,02	0,15	0,02	0,16	0,01	0,03	1,10
10 tot 15 km	1,17	0,59	0,10	0,33	0,04	0,24	0,01	0,05	2,53
15 tot 20 km	1,10	0,48	0,17	0,24	0,01	0,11	0,00	0,06	2,16
20 tot 30 km	1,92	0,91	0,32	0,31	0,02	0,07	0,00	0,11	3,66
30 tot 40 km	1,42	0,65	0,25	0,15	0,00	0,04	0,00	0,05	2,55
40 tot 50 km	1,04	0,49	0,29	0,07	0,00	0,02	0,00	0,07	1,98
50 km of meer	5,72	3,47	1,56	0,18	0,00	0,05	0,01	0,34	11,34
<b>Totaal</b>	<b>14,44</b>	<b>7,78</b>	<b>2,74</b>	<b>1,91</b>	<b>0,14</b>	<b>2,13</b>	<b>0,70</b>	<b>0,79</b>	<b>30,65</b>
<b>Zeeland</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,06	0,00	0,08
0,5 tot 1 km	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,10	0,13	0,00	0,26
1 tot 2,5 km	0,24	0,17	0,00	0,01	0,01	0,58	0,20	0,01	1,22
2,5 tot 3,7 km	0,28	0,16	0,00	0,00	0,00	0,33	0,10	0,02	0,89
3,7 tot 5 km	0,19	0,11	0,00	0,01	0,00	0,16	0,03	0,02	0,52
5 tot 7,5 km	0,97	0,49	0,01	0,03	0,03	0,44	0,04	0,06	2,05
7,5 tot 10 km	0,56	0,28	0,00	0,04	0,01	0,15	0,01	0,04	1,10
10 tot 15 km	1,46	0,81	0,01	0,18	0,03	0,34	0,03	0,11	2,98
15 tot 20 km	1,18	0,59	0,04	0,11	0,04	0,09	0,00	0,08	2,14
20 tot 30 km	1,78	0,98	0,17	0,09	0,04	0,16	0,01	0,09	3,32
30 tot 40 km	1,45	0,56	0,12	0,09	0,00	0,09	0,00	0,03	2,33
40 tot 50 km	0,68	0,45	0,07	0,02	0,00	0,01	0,00	0,02	1,25
50 km of meer	5,95	3,45	1,74	0,47	0,00	0,00	0,00	0,16	11,76
<b>Totaal</b>	<b>14,75</b>	<b>8,07</b>	<b>2,15</b>	<b>1,06</b>	<b>0,16</b>	<b>2,47</b>	<b>0,61</b>	<b>0,64</b>	<b>29,90</b>

**Tabel 11.4 (slot)**  
**Afgelegde afstand per provincie naar afstandsklasse en vervoerwijze, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
<i>gemiddeld aantal afgelegde km per persoon per dag</i>									
<b>Noord-Brabant</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,06
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,06	0,13	0,00	0,23
1 tot 2,5 km	0,33	0,18	0,00	0,01	0,01	0,51	0,22	0,01	1,27
2,5 tot 3,7 km	0,36	0,20	0,00	0,02	0,01	0,33	0,07	0,02	1,01
3,7 tot 5 km	0,30	0,15	0,00	0,02	0,01	0,18	0,02	0,01	0,68
5 tot 7,5 km	1,06	0,55	0,01	0,08	0,03	0,49	0,03	0,07	2,32
7,5 tot 10 km	0,57	0,28	0,01	0,04	0,01	0,21	0,01	0,03	1,15
10 tot 15 km	1,47	0,78	0,06	0,12	0,05	0,28	0,01	0,05	2,83
15 tot 20 km	1,25	0,61	0,05	0,09	0,01	0,14	0,00	0,07	2,23
20 tot 30 km	1,99	0,94	0,17	0,15	0,01	0,11	0,01	0,09	3,47
30 tot 40 km	1,40	0,66	0,15	0,08	0,00	0,05	0,00	0,07	2,40
40 tot 50 km	1,02	0,44	0,17	0,04	0,00	0,02	0,00	0,04	1,74
50 km of meer	6,62	4,40	1,43	0,10	0,00	0,07	0,00	0,33	12,95
<b>Totaal</b>	<b>16,40</b>	<b>9,20</b>	<b>2,05</b>	<b>0,74</b>	<b>0,14</b>	<b>2,46</b>	<b>0,56</b>	<b>0,80</b>	<b>32,34</b>
<b>Limburg</b>									
0 tot 0,5 km	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,05	0,00	0,07
0,5 tot 1 km	0,02	0,01	0,00	0,00	0,00	0,05	0,14	0,00	0,22
1 tot 2,5 km	0,35	0,20	0,00	0,02	0,01	0,38	0,29	0,02	1,28
2,5 tot 3,7 km	0,40	0,23	0,00	0,03	0,02	0,27	0,10	0,02	1,07
3,7 tot 5 km	0,34	0,17	0,00	0,02	0,00	0,13	0,03	0,02	0,72
5 tot 7,5 km	1,08	0,55	0,01	0,09	0,04	0,35	0,05	0,04	2,20
7,5 tot 10 km	0,72	0,32	0,02	0,04	0,01	0,15	0,02	0,03	1,31
10 tot 15 km	1,65	0,70	0,04	0,13	0,02	0,22	0,02	0,07	2,84
15 tot 20 km	1,19	0,53	0,04	0,12	0,01	0,09	0,01	0,07	2,07
20 tot 30 km	1,97	0,96	0,21	0,14	0,02	0,10	0,00	0,11	3,51
30 tot 40 km	1,14	0,59	0,16	0,07	0,00	0,06	0,00	0,07	2,09
40 tot 50 km	0,56	0,34	0,12	0,05	0,00	0,02	0,00	0,06	1,15
50 km of meer	4,25	2,86	2,01	0,06	0,00	0,02	0,00	0,26	9,46
<b>Totaal</b>	<b>13,68</b>	<b>7,45</b>	<b>2,60</b>	<b>0,77</b>	<b>0,14</b>	<b>1,85</b>	<b>0,71</b>	<b>0,77</b>	<b>27,97</b>

## Bijlage

### Nauwkeurigheid van de uitkomsten

De nauwkeurigheid van de cijfers uit het OVG wordt uitgedrukt in de relatieve marge, die bepaald wordt door de variantie van de schattingswaarde van de kerncijfers. Bij de berekening van deze marge is verondersteld dat de doelvariabelen waaruit de kerncijfers bestaan, normaal verdeeld zijn. Het berekenen van de relatieve marges is uitvoerig besproken in de publicatie van 1992.

### Voorbeeld

Het gemiddeld aantal afgelegde kilometers per persoon per dag als autobestuurder met het motief van en naar het werk, is op 5,14 geschat (tabel 7.4).

Een relatieve marge van 2,13% betekent, dat indien de afstanden normaal verdeeld voorkomen in de populatie, het gemiddeld aantal afgelegde kilometers per persoon per dag voor 95% van de gevallen ligt tussen de 5,14 min 2,13% en 5,13 plus 2,13%, dus ongeveer tussen 5,03 en 5,25 kilometers.

**Staat 1**  
**Relatieve 95% betrouwbaarheidsmarges van verplaatsingen naar hoofdvervoerwijze en motief, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
Van en naar het werk	1,49	4,04	5,80	5,95	9,73	2,36	5,68	7,41	1,07
Zakelijk bezoek in werksfeer	3,61	8,70	15,83	23,97	44,49	8,44	13,05	17,88	3,08
Visite/logeren	2,07	2,72	10,43	9,54	15,27	3,13	3,80	10,96	1,50
Winkelen	1,72	3,01	14,15	7,64	15,65	2,08	2,54	11,66	1,10
Onderwijs	6,79	5,19	7,81	6,67	17,11	2,99	4,56	10,59	1,96
Ontspanning/sport	2,58	3,25	13,09	11,39	20,52	3,16	4,86	11,39	1,77
Toeren/wandelen	5,45	6,53	26,00	21,60	39,05	4,84	3,28	12,09	2,47
Overig	2,18	3,27	13,99	12,18	22,34	3,45	3,80	11,83	1,60
<b>Totaal</b>	<b>0,92</b>	<b>1,45</b>	<b>3,92</b>	<b>3,65</b>	<b>7,25</b>	<b>1,32</b>	<b>1,60</b>	<b>4,33</b>	<b>0,53</b>

**Staat 2**  
**Relatieve 95% betrouwbaarheidsmarges van afgelegde afstanden naar vervoerwijze en motief, 1999**

	Auto (bestuurder)	Auto (passagier)	Trein	Bus/tram/ metro	Brom- fiets	Fiets	Lopen	Overig	Totaal
Van en naar het werk	2,13	6,05	7,22	6,53	11,24	2,96	8,80	11,16	1,77
Zakelijk bezoek in werksfeer	4,90	12,10	19,07	34,54	67,53	11,61	18,39	33,80	4,52
Visite/logeren	3,57	5,08	12,98	17,46	20,94	4,92	6,44	20,53	3,38
Winkelen	2,99	5,15	19,03	9,28	20,35	2,93	3,71	20,00	2,70
Onderwijs	10,05	10,60	9,18	7,06	19,08	3,48	4,41	13,88	3,80
Ontspanning/sport	4,65	6,03	17,95	12,58	26,15	5,02	6,27	24,64	3,94
Toeren/wandelen	9,00	10,31	27,59	30,76	48,22	6,68	3,90	22,33	5,95
Overig	3,89	5,70	17,56	15,27	57,38	4,64	16,04	20,83	3,46
<b>Totaal</b>	<b>1,46</b>	<b>2,60</b>	<b>4,99</b>	<b>4,27</b>	<b>9,19</b>	<b>1,73</b>	<b>3,21</b>	<b>7,85</b>	<b>1,23</b>

## ***Aanhangsels***

### ***Aanhangsel 1***

#### ***Gehanteerde vragenlijsten voor volwassenen***


## Deel 1: Gehanteerde huishoudvragenlijst voor volwassenen

### BELANGRIJKE AANWIJZINGEN VOOR HET INVULLEN VAN DE PERSOONSVRAGENLIJST

- ▶ Voor iedere persoon in uw huishouden, **van 6 jaar of ouder**, treft u een persoonsvragenlijst aan. **Iedere persoon** dient de vragenlijst **voor zover mogelijk zelf in te vullen**.
- ▶ Persoon met NUMMER 1 in de HUISHOUDVRAGENLIJST dient de PERSOONSVRAGENLIJST met het NUMMER 1 in te vullen, enz.
- ▶ Bij elke verplaatsing **alle gebruikte vervoermiddelen** vermelden.
- ▶ S.v.p. **alle** verplaatsingen van de **gehele** dag invullen. **Let erop dat u geen verplaatsing vergeet. Ook verplaatsingen te voet, terug naar huis en korte verplaatsingen zijn belangrijk.**
- ▶ Indien in uw huishouden **meer dan 4 personen** van 6 jaar of ouder wonen, is het aantal PERSOONSVRAGENLIJSTEN niet voldoende. In dit geval kunt u voor de vijfde persoon de grijze PERSOONSVRAGENLIJST **zonder** nummer gebruiken. Deze grijze PERSOONSVRAGENLIJST kan ook gebruikt worden wanneer een persoon in uw huishouden **meer dan 7 verplaatsingen** op de desbetreffende invuldag heeft gehad. In elk geval dient het nummer van de persoon uit de HUISHOUDVRAGENLIJST in het lege vakje op de aanvullende persoonsvragenlijst te worden ingevuld.

**S.v.p. de persoonsvragenlijst over \_\_\_\_\_ invullen**  
**De HUISHOUD- en PERSOONSVRAGENLIJSTEN in de bijgevoegde retourenvelop de volgende dag terugsturen.**  
**U bespaart ons daarmee veel werk en onnodig navragen.**

- ▶ Indien u vragen heeft kunt u zich richten tot:
 

	Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) Kloosterweg 1 6412 CN Heerlen Telefoon (045) 570 73 74 (Helpdesk)
---	---

Wij zijn telefonisch bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 9.00 tot 19.00 uur, voor het beantwoorden van uw vragen.

- ▶ De gegevens die u verstrekt, worden uitsluitend gebruikt voor het samenstellen van statistische overzichten. Deze overzichten zijn zo samengesteld dat hieruit geen gegevens over u of uw huishouden kunnen worden afgeleid.
- ▶ Het welslagen van dit onderzoek is in sterke mate afhankelijk van een zo groot mogelijke deelname van alle benaderde huishoudens.
- ▶ Voor uw medewerking **danken** wij u bij voorbaat hartelijk. Hiermee werkt u mee aan het slagen van het onderzoek.

© Alle rechten voor de vraagformulering en de vormgeving zijn voorbehouden aan het CBS.

## ONDERZOEK VERPLAATSINGSGEDRAG

**Uitvoering: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)**  
 Kloosterweg 1  
 6412 CN Heerlen  
 Telefoon (045) 570 73 74 (Helpdesk)

- ▶ S.v.p. **eerst de huishoudvragenlijst** invullen en daarna de persoonsvragenlijst.
- ▶ S.v.p. voor alle personen van 6 jaar of ouder in uw huishouden, de **vragen aan de binnenkant van de huishoudvragenlijst** invullen.
- ▶ S.v.p. eerst de **toelichtingen op de achterkant** van deze vragenlijst lezen, voordat u de bijgevoegde persoonsvragenlijst invult.

## HUISHOUDVRAGENLIJST

Tot het huishouden behoren **alle** personen die met u samenwonen, uzelf meegerekend. Een huishouden kan ook uit **één** persoon bestaan (eenpersoonshuishouden).

Uit hoeveel personen bestaat dit huishouden, uzelf meegerekend?  Totaal aantal personen: <input style="width: 50px;" type="text"/>  Waarvan jonger dan 6 jaar: <input style="width: 50px;" type="text"/>	Over welke <b>vervoermiddelen</b> beschikt uw huishouden? S.v.p. steeds het aantal invullen!  Personenauto <input style="width: 50px;" type="text"/> (aantal)  Fiets <input style="width: 50px;" type="text"/> (aantal)  Andere voertuigen nl.: <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> (aantal) (soort)  <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> (aantal) (soort)  <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> (aantal) (soort)	Is iemand in uw huishouden in de afgelopen drie maanden betrokken geweest bij een verkeersongeluk(je)?  Verkeersongelukken met licht letsel (zoals een buil) of slechts materiële schade (zoals een kapotte achterlamp) tellen ook mee.  Ja <input type="checkbox"/>  Nee <input type="checkbox"/>
<b>S.v.p. nu voor alle leden van 6 jaar of ouder in uw huishouden, de vragen aan de binnenkant van deze vragenlijst beantwoorden</b>		

Rz1059



WILT U NU VOOR ALLE LEDEN VAN HET HUISHOUDEN, DIE 6 JAAR OF OUDER ZIJN, DE VOLGENDE VRAGEN BEANTWOORDEN

PERSONEN IN HET HUISHOUDEN VANAF 6 JAAR		Oudste persoon	Op één na oudste persoon	Op twee na oudste persoon	Op drie na oudste persoon	Op vier na oudste persoon
Persoonsnummer		1	2	3	4	5
		<input type="text"/> (Voornaam)	<input type="text"/> (Voornaam)	<input type="text"/> (Voornaam)	<input type="text"/> (Voornaam)	<input type="text"/> (Voornaam)
		<input type="text"/> (Geboortejaar)	<input type="text"/> (Geboortejaar)	<input type="text"/> (Geboortejaar)	<input type="text"/> (Geboortejaar)	<input type="text"/> (Geboortejaar)
WERKSITUATIE	Bent u:					
	Huisvrouw/huisman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gepensioneerd of met de VUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Scholier of student	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arbeidsongeschikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Werkloos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u betaald werk:	Minder dan 12 uur per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 tot 30 uur per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	30 uur of meer per week	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OPLEIDING	Wat is de hoogste opleiding die u voltooide?					
	Basisonderwijs, lager onderwijs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lager beroepsonderwijs of vgl.o, lavo, mavo, mulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Middelbaar beroepsonderwijs of havo, atheneum, gymnasium, mms, hbs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hoger beroepsonderwijs, universiteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere opleiding, nl.:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
INKOMEN	In welke klasse valt uw persoonlijk netto jaarinkomen?					
	Geen eigen inkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Minder dan f 15 000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f 15 000,- tot f 30 000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f 30 000,- tot f 45 000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f 45 000,- tot f 60 000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f 60 000,- of meer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RIJBEWIJS	Heeft u een rijbewijs voor een personenauto?	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>
AUTO	Bent u de hoofdgebruiker van een auto?	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>
KENTEKEN	Op wiens naam staat deze auto volgens het kentekenbewijs?	eigen naam <input type="checkbox"/>	eigen naam <input type="checkbox"/>	eigen naam <input type="checkbox"/>	eigen naam <input type="checkbox"/>	eigen naam <input type="checkbox"/>
		andere pers. <input type="checkbox"/>	andere pers. <input type="checkbox"/>	andere pers. <input type="checkbox"/>	andere pers. <input type="checkbox"/>	andere pers. <input type="checkbox"/>
		bedrijf <input type="checkbox"/>	bedrijf <input type="checkbox"/>	bedrijf <input type="checkbox"/>	bedrijf <input type="checkbox"/>	bedrijf <input type="checkbox"/>
BRANDSTOF	Op welke brandstof rijdt deze auto?	benzine <input type="checkbox"/>	benzine <input type="checkbox"/>	benzine <input type="checkbox"/>	benzine <input type="checkbox"/>	benzine <input type="checkbox"/>
		diesel <input type="checkbox"/>	diesel <input type="checkbox"/>	diesel <input type="checkbox"/>	diesel <input type="checkbox"/>	diesel <input type="checkbox"/>
		LPG <input type="checkbox"/>	LPG <input type="checkbox"/>	LPG <input type="checkbox"/>	LPG <input type="checkbox"/>	LPG <input type="checkbox"/>
BOUWJAAR	Wat is het bouwjaar van deze auto?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
BEZIT ANDERE VOERTUIGEN	Fiets	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>
	Anders, namelijk:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
STUDENTEN OV-KAART	Bezit u een studenten weekkaart?	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>
	Bezit u een studenten weekendkaart?	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/>
Hoe zou de verkeerssituatie in uw woonplaats veranderd moeten worden?		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

S.v.p. bladzijde omslaan. Op de achterzijde van deze huishoudvragenlijst treft u belangrijke aanwijzingen aan voor de verdere gang van zaken!

Rz1059

## Deel 2: Gehanteerde persoonsvragenlijst voor volwassenen

<b>PERSOONS-VRAGENLIJST</b> <b>1</b>	over <b>ZONDAG</b> de _____ (s.v.p. datum aangeven)	Vertrekpunt bij de eerste verplaatsing: eigen woonadres <input type="checkbox"/> ----- elders <input type="checkbox"/> nl.: _____ (straat + nr.) _____ (postcode) (plaats)
	Op deze dag <b>niet weggeest, omdat</b> _____ _____ (s.v.p. reden opgeven)	(voornaam, s.v.p. invullen)

	EERSTE VERPLAATSING	TWEEDE VERPLAATSING	DERDE VERPLAATSING
<b>HOE LAAT</b> bent u vertrokken?	<b>VERTREK</b> _____ (tijdstip)	<b>VERTREK</b> _____ (tijdstip)	<b>VERTREK</b> _____ (tijdstip)
Wat was de <b>BESTEMMING</b> of het <b>DOEL</b> van deze verplaatsing?	<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____	<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____	<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____
Met welk(e) <b>VERVOERMIDDEL(EN)</b> bent u daar naar toegegaan? <i>S.v.p. alle gebruikte vervoermiddelen aangeven!</i>	<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____	<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____	<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____
<b>WAAR</b> ging u heen? <i>S.v.p. het adres nauwkeurig invullen!                      Zo nodig een nadere aanduiding vermelden (bijv. wijk, buurt of winkelcentrum)</i>	<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ (Straat, nr.) Postcode _____ Plaats _____	<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ (Straat, nr.) Postcode _____ Plaats _____	<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ (Straat, nr.) Postcode _____ Plaats _____
<b>HOE LAAT</b> bent u daar aangekomen?	<b>AANKOMST</b> _____ (tijdstip)	<b>AANKOMST</b> _____ (tijdstip)	<b>AANKOMST</b> _____ (tijdstip)
S.v.p. de <b>AFSTAND</b> van deze verplaatsing zo nauwkeurig mogelijk schatten!	<b>AFSTAND</b> _____ (km)	<b>AFSTAND</b> _____ (km)	<b>AFSTAND</b> _____ (km)
Indien <b>BESTUURDER AUTO:</b> vul dan het aantal personen in de auto in.	<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____	<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____	<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____
	De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!	De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!	De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!

**S.v.p. omdraaien! De volgende verplaatsingen van deze dag op de achterzijde invullen.**

<b>PERSOONS- VRAGENLIJST</b>  <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: 24px; font-weight: bold;">1</div>	<b>INVULDAG: <span style="border: 1px solid black; padding: 5px 20px; font-size: 24px; font-weight: bold;">ZONDAG</span></b>
---	--

VIJFDE VERPLAATSING	ZESDE VERPLAATSING	ZEVENDE VERPLAATSING
<b>VERTREK</b> _____ <small>(tijdstip)</small>	<b>VERTREK</b> _____ <small>(tijdstip)</small>	<b>VERTREK</b> _____ <small>(tijdstip)</small>
<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____	<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____	<b>BESTEMMING/DOEL</b> Naar het werk <input type="checkbox"/> Zakelijk, dienstreis <input type="checkbox"/> Onderwijs volgen <input type="checkbox"/> Boodschappen <input type="checkbox"/> Naar huis <input type="checkbox"/> Iets anders, nl. _____
<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____	<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____	<b>VERVOERMIDDEL</b> Te voet <input type="checkbox"/> Fiets <input type="checkbox"/> Bestuurder auto <input type="checkbox"/> Passagier auto <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/> Tram, metro <input type="checkbox"/> Trein <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Op andere wijze, nl. _____
<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ <small>(Straat, nr.)</small> Postcode _____ Plaats _____	<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ <small>(Straat, nr.)</small> Postcode _____ Plaats _____	<b>BESTEMMINGSADRES</b> _____ _____ <small>(Straat, nr.)</small> Postcode _____ Plaats _____
<b>AANKOMST</b> _____ <small>(tijdstip)</small>	<b>AANKOMST</b> _____ <small>(tijdstip)</small>	<b>AANKOMST</b> _____ <small>(tijdstip)</small>
<b>AFSTAND</b> _____ <small>(km)</small>	<b>AFSTAND</b> _____ <small>(km)</small>	<b>AFSTAND</b> _____ <small>(km)</small>
<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____	<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____	<b>PERSONEN IN AUTO</b> aantal (uzelf meegerekend) _____
De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!	De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!	De volgende verplaatsing of terugweg s.v.p. in de volgende kolom invullen!

Alle volgende verplaatsingen van deze dag op de aanvullende persoonsvragenlijst invullen.

1417074

***Aanhangsel 2***

***Na-enquêtes***

**Deel 1: Gehanteerde vragenlijst voor kinderen jonger dan 6 jaar**

<b>KINDER- VRAGENLIJST</b>	Over: _____ (datum)	<b>Vertrekpunt bij de eerste verplaatsing:</b> eigen woning <input type="checkbox"/> elders <input type="checkbox"/> nl.: _____ (straat + nr.) (postcode) (plaats)
_____ (voornaam) (geb. jaar)	Op deze dag niet weggeweest, omdat:	
_____ (nummer) (pnr)	_____ (reden invullen)	

<b>EERSTE VERPLAATSING</b>
<b>BEGELEIDING</b>
Huishouden:
ZIE _____ (pnr) (verpl. nr.)
Ander _____
Zonder begeleiding <input type="checkbox"/>
<b>VERTREK</b>
_____ (tijdstip)
<b>DOEL</b>
_____ (code)
Naar huis <input type="checkbox"/>
<b>VERVOERMIDDEL</b>
Te voet <input type="checkbox"/>
Fiets (zelf) <input type="checkbox"/>
Fiets (als passagier) <input type="checkbox"/>
Passagier Auto <input type="checkbox"/>
Bus <input type="checkbox"/>
Trein <input type="checkbox"/>
Op andere wijze, nl.: _____
<b>BESTEMMINGSADRES</b>
_____
_____ (Straat, nr.)
Postcode _____
Plaats _____
<b>AANKOMST</b>
_____ (tijdstip)
<b>AFSTAND</b>
_____ (km)

<b>TWEEDE VERPLAATSING</b>
<b>BEGELEIDING</b>
Huishouden:
ZIE _____ (pnr) (verpl. nr.)
Ander _____
Zonder begeleiding <input type="checkbox"/>
<b>VERTREK</b>
_____ (tijdstip)
<b>DOEL</b>
_____ (code)
Naar huis <input type="checkbox"/>
<b>VERVOERMIDDEL</b>
Te voet <input type="checkbox"/>
Fiets (zelf) <input type="checkbox"/>
Fiets (als passagier) <input type="checkbox"/>
Passagier Auto <input type="checkbox"/>
Bus <input type="checkbox"/>
Trein <input type="checkbox"/>
Op andere wijze, nl.: _____
<b>BESTEMMINGSADRES</b>
_____
_____ (Straat, nr.)
Postcode _____
Plaats _____
<b>AANKOMST</b>
_____ (tijdstip)
<b>AFSTAND</b>
_____ (km)

<b>DERDE VERPLAATSING</b>
<b>BEGELEIDING</b>
Huishouden:
ZIE _____ (pnr) (verpl. nr.)
Ander _____
Zonder begeleiding <input type="checkbox"/>
<b>VERTREK</b>
_____ (tijdstip)
<b>DOEL</b>
_____ (code)
Naar huis <input type="checkbox"/>
<b>VERVOERMIDDEL</b>
Te voet <input type="checkbox"/>
Fiets (zelf) <input type="checkbox"/>
Fiets (als passagier) <input type="checkbox"/>
Passagier Auto <input type="checkbox"/>
Bus <input type="checkbox"/>
Trein <input type="checkbox"/>
Op andere wijze, nl.: _____
<b>BESTEMMINGSADRES</b>
_____
_____ (Straat, nr.)
Postcode _____
Plaats _____
<b>AANKOMST</b>
_____ (tijdstip)
<b>AFSTAND</b>
_____ (km)

<b>VIERDE VERPLAATSING</b>
<b>BEGELEIDING</b>
Huishouden:
ZIE _____ (pnr) (verpl. nr.)
Ander _____
Zonder begeleiding <input type="checkbox"/>
<b>VERTREK</b>
_____ (tijdstip)
<b>DOEL</b>
_____ (code)
Naar huis <input type="checkbox"/>
<b>VERVOERMIDDEL</b>
Te voet <input type="checkbox"/>
Fiets (zelf) <input type="checkbox"/>
Fiets (als passagier) <input type="checkbox"/>
Passagier Auto <input type="checkbox"/>
Bus <input type="checkbox"/>
Trein <input type="checkbox"/>
Op andere wijze, nl.: _____
<b>BESTEMMINGSADRES</b>
_____
_____ (Straat, nr.)
Postcode _____
Plaats _____
<b>AANKOMST</b>
_____ (tijdstip)
<b>AFSTAND</b>
_____ (km)

RZ1055



## Deel 2: Gehanteerde vragenlijst voor Ophoogkader VerkeersOngevallen

# Na-enquête Ophoogkader VerkeersOngevallen

Nummer huishouden:

\_\_\_\_\_

|   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
---
---
--
--|---
--|---|---|--
--	------------------------------------	---------------------------------------	---	--	--	--	---	--	--	--	--	--
--	---	--	----------------------------------	------------------------------------	---	---	--	---	--	--		
--	---											
--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------	--	---	--	--	--
---	---	---	---									
---	---	--------------------------------------	---	---	---	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------
1. Hoeveel verkeersongelukken zijn in de afgelopen drie maanden in uw huishouden voorgevallen?	Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> ▶ Als er sprake is van meerdere verkeersongelukken dient u de volgende vragen te beantwoorden voor het laatste ongeluk.											
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 2. Was uzelf bij dit ongeluk betrokken?   | Ja <input type="checkbox"/><br>Nee <input type="checkbox"/>  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 3. Kunt u kort aangeven om wat voor verkeersongeluk het ging?   | <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/><br><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 4. Was er bij dit ongeluk een rijdend voertuig betrokken?   | Ja <input type="checkbox"/><br>Nee <input type="checkbox"/> ▶ Einde vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking.  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 5. Gebeurde het ongeluk op de openbare weg?   | Ja <input type="checkbox"/><br>Nee <input type="checkbox"/> ▶ Einde vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking.<br>Weet niet <input type="checkbox"/>  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 6. Zijn er als gevolg van dit ongeluk personen overleden?   | Ja <input type="checkbox"/> ▶ Einde vragenlijst. Bedankt voor uw medewerking.<br>Nee <input type="checkbox"/><br>Weet niet <input type="checkbox"/>  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 7. Op welke datum vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input
type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td
style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   
   | Datum   
  | _____   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf
meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | In welke maand vond het ongeluk plaats? | Januari <input type="checkbox"/>   | Februari <input type="checkbox"/>  | Maart <input type="checkbox"/>     | April <input type="checkbox"/>        | Mei <input type="checkbox"/>  | Juni <input type="checkbox"/>  | Juli <input type="checkbox"/>  | Augustus <input type="checkbox"/>  | September <input type="checkbox"/>        | Oktober <input type="checkbox"/>   | November <input type="checkbox"/>  | December <input type="checkbox"/>  
   | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?   | Maandag <input type="checkbox"/>     | Dinsdag <input type="checkbox"/>   | Woensdag <input type="checkbox"/> | Donderdag <input type="checkbox"/>    | Vrijdag <input type="checkbox"/>   | Zaterdag <input type="checkbox"/>   | Zondag <input type="checkbox"/>  | Onbekend <input type="checkbox"/>     | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Weekend
<input type="checkbox"/>  | Geen weekend <input type="checkbox"/>   | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Ochtend <input type="checkbox"/> | Middag <input type="checkbox"/>    | Avond <input type="checkbox"/>  | Nacht <input type="checkbox"/>  | Weet niet <input type="checkbox"/>               | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/>   | Nee <input type="checkbox"/>   | Weet niet <input type="checkbox"/>  
  | 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>                                 
  | Tijdstip   | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   | In welke provincie?  | _____                              | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Indien onbekend:  | Nederland <input type="checkbox"/>   | Buitenland <input type="checkbox"/>  | 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> | Plaats/Gemeente  | _____   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> | Einde vragenlijst   | 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?   | Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/>   
  | 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Persoonsnummer betrokken huishoudlid | 1 | 2 | 3 | 4                   | 5                        | 6                        | Niet gewond geraakt      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | Letsel zelf of niet behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input
type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | Letsel ter plekke behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | Letsel door huisarts behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | Bezoek EHBO van ziekenhuis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opgenomen in ziekenhuis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   
   | Datum   
   | _____   
  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border:
none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | In welke maand vond het ongeluk plaats?   
  | Januari <input type="checkbox"/>  | Februari <input type="checkbox"/>       | Maart <input type="checkbox"/>   | April <input type="checkbox"/>   | Mei <input type="checkbox"/>       | Juni <input type="checkbox"/>         | Juli <input type="checkbox"/>   | Augustus <input type="checkbox"/>  | September <input type="checkbox"/>   | Oktober <input type="checkbox"/>   | November <input type="checkbox"/>         | December <input type="checkbox"/>  | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input
type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?  | Maandag <input type="checkbox"/>  | Dinsdag <input type="checkbox"/>  | Woensdag <input type="checkbox"/>    | Donderdag <input type="checkbox"/>   | Vrijdag <input type="checkbox"/>  | Zaterdag <input type="checkbox"/>     | Zondag <input type="checkbox"/>    | Onbekend <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>   | Weekend <input type="checkbox"/>      | Geen weekend <input type="checkbox"/>  | Weet niet <input
type="checkbox"/>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Ochtend <input type="checkbox"/>  | Middag <input type="checkbox"/>  | Avond <input type="checkbox"/>   | Nacht <input type="checkbox"/>     | Weet niet <input type="checkbox"/>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/> | Nee <input type="checkbox"/>  | Weet niet <input type="checkbox"/>   | 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table
style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> | Tijdstip   | _____  
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> | In welke provincie?  | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Indien onbekend:                   | Nederland <input type="checkbox"/>   | Buitenland <input type="checkbox"/>   | 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> | Plaats/Gemeente  | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> | Einde vragenlijst   | 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?                                | Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/>  | 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border:
none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Persoonsnummer betrokken huishoudlid  | 1   | 2                                    | 3 | 4 | 5 | 6                   | Niet gewond geraakt      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | Letsel zelf of niet behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input
type="checkbox"/>    | Letsel ter plekke behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | Letsel door huisarts behandeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | Bezoek EHBO van ziekenhuis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opgenomen in ziekenhuis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Datum</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  | Datum  
   | _____   
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding:
5px;">                 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table></td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  
   | In welke maand vond het ongeluk plaats?   | Januari <input type="checkbox"/>  
  | Februari <input type="checkbox"/>   | Maart <input type="checkbox"/>          | April <input type="checkbox"/>   | Mei <input type="checkbox"/>   | Juni <input type="checkbox"/>      | Juli <input type="checkbox"/>         | Augustus <input type="checkbox"/>   | September <input type="checkbox"/>   | Oktober <input type="checkbox"/>   | November <input type="checkbox"/>  | December <input type="checkbox"/>         | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table>   
   | Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?  | Maandag <input type="checkbox"/>   | Dinsdag <input type="checkbox"/>  | Woensdag <input type="checkbox"/>   | Donderdag <input type="checkbox"/>   | Vrijdag <input type="checkbox"/>   | Zaterdag <input type="checkbox"/> | Zondag <input type="checkbox"/>       | Onbekend <input type="checkbox"/>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Weekend <input type="checkbox"/>   | Geen weekend <input type="checkbox"/> | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border:
none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Ochtend <input type="checkbox"/>   | Middag <input type="checkbox"/>   | Avond <input type="checkbox"/>   | Nacht <input type="checkbox"/>   | Weet niet <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/>  | Nee <input type="checkbox"/>                     | Weet niet <input type="checkbox"/>  | 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  
   | Tijdstip  | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td
style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   | In welke provincie?  | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Indien onbekend:   | Nederland <input type="checkbox"/> | Buitenland <input type="checkbox"/>  | 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   | Plaats/Gemeente  | _____  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table>   | Einde vragenlijst  | 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)? | Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/>   | 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen? | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td
style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | Persoonsnummer betrokken huishoudlid  | 1   | 2   | 3                                    | 4 | 5 | 6 | Niet gewond geraakt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Letsel zelf of niet behandeld | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Letsel ter plekke behandeld |
<input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Letsel door huisarts behandeld | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bezoek EHBO van ziekenhuis | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Opgenomen in ziekenhuis  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |  |
| Datum   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| _____   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke maand vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Januari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Februari <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Maart <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">April <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Mei <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juni <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Juli <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Augustus <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">September <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Oktober <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">November <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">December <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>   | In welke maand vond het ongeluk plaats?  
   | Januari <input type="checkbox"/>  
   | Februari <input type="checkbox"/>   
  | Maart <input type="checkbox"/>   
   | April <input type="checkbox"/>  | Mei <input type="checkbox"/>  
  | Juni <input type="checkbox"/>   | Juli <input type="checkbox"/>           | Augustus <input type="checkbox"/>  | September <input type="checkbox"/>   | Oktober <input type="checkbox"/>   | November <input type="checkbox"/>     | December <input type="checkbox"/>   | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Op welke weekdag vond het ongeluk plaats? | Maandag <input type="checkbox"/>   | Dinsdag <input type="checkbox"/>   | Woensdag <input type="checkbox"/>  
   | Donderdag <input type="checkbox"/>   | Vrijdag <input type="checkbox"/>   | Zaterdag <input type="checkbox"/>   | Zondag <input type="checkbox"/>   | Onbekend <input type="checkbox"/>    | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Weekend <input type="checkbox"/>  | Geen weekend <input type="checkbox"/> | Weet niet <input type="checkbox"/> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Ochtend <input type="checkbox"/>      | Middag <input type="checkbox"/>  | Avond <input type="checkbox"/>       
  | Nacht <input type="checkbox"/>  | Weet niet <input type="checkbox"/>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>   | Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/>   | Nee <input type="checkbox"/>     | Weet niet <input type="checkbox"/> |   |   |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| In welke maand vond het ongeluk plaats?   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Januari <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Februari <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Maart <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| April <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Mei <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Juni <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Juli <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Augustus <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| September <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Oktober <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| November <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| December <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Weet niet <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?</td></tr> <tr><td style="border: none;">Maandag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Dinsdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Woensdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Donderdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Vrijdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zaterdag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Zondag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Onbekend <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?  
   | Maandag <input type="checkbox"/>  
   | Dinsdag <input type="checkbox"/>  
  | Woensdag <input type="checkbox"/>  
   | Donderdag <input type="checkbox"/>  | Vrijdag <input type="checkbox"/>  
  | Zaterdag <input type="checkbox"/>   | Zondag <input type="checkbox"/>         | Onbekend <input type="checkbox"/>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Geen weekend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Weekend <input type="checkbox"/>   | Geen weekend <input type="checkbox"/> | Weet niet <input type="checkbox"/>  |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Op welke weekdag vond het ongeluk plaats?   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Maandag <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Dinsdag <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Woensdag <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Donderdag <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Vrijdag <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Zaterdag <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Zondag <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Onbekend <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Weekend <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Geen weekend <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Weet niet <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Ochtend <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Middag <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Avond <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nacht <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Ochtend <input type="checkbox"/>   
   | Middag <input type="checkbox"/>   
   | Avond <input type="checkbox"/>  
  | Nacht <input type="checkbox"/>   
   | Weet niet <input type="checkbox"/>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Nee <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Weet niet <input type="checkbox"/></td></tr> </table>   
  | Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/>  | Nee <input type="checkbox"/>            | Weet niet <input type="checkbox"/>   |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Ochtend <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Middag <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Avond <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Nacht <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Weet niet <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Was dit in de spits? Ja <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Nee <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Weet niet <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 8. Hoe laat vond het ongeluk plaats? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width:
50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?             </td> <td style="padding: 5px;">                 Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">                 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?             </td> <td style="padding: 5px;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> </td></tr></table>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   
   | Tijdstip  
  | _____  
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  
  | In welke provincie?   | _____                                   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> | Indien onbekend:   | Nederland <input type="checkbox"/> | Buitenland <input type="checkbox"/>   | 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   | Plaats/Gemeente  | _____                                     | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> | Einde vragenlijst  | 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?  
   | Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/>   | 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table> | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Persoonsnummer betrokken huishoudlid | 1  | 2                                 | 3                                     | 4                                  | 5   | 6  | Niet gewond geraakt                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>           
  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Letsel zelf of niet behandeld    | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Letsel ter plekke behandeld  | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | Letsel door huisarts behandeld   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Bezoek EHBO van ziekenhuis   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Opgenomen in ziekenhuis   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   
  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                 
           |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Tijdstip</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   | Tijdstip   
   | _____   
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> </tr> </table>  
  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>   
   | In welke provincie?   | _____   
  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  | Indien onbekend:                        | Nederland <input type="checkbox"/>   | Buitenland <input type="checkbox"/>  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Tijdstip  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| _____   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">In welke provincie?</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  | In welke provincie?  
   | _____   
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Indien onbekend:</td></tr> <tr><td style="border: none;">Nederland <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="border: none;">Buitenland <input type="checkbox"/></td></tr> </table>  
  | Indien onbekend:   
   | Nederland <input type="checkbox"/>  | Buitenland <input type="checkbox"/>   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| In welke provincie?   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| _____   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Indien onbekend:  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Nederland <input type="checkbox"/>  |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Buitenland <input type="checkbox"/>   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 9. In welke plaats/gemeente gebeurde het ongeluk? <span style="float: right;">Indien onbekend: ▶</span>   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table> </td> </tr> </table>   
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  
   | Plaats/Gemeente   
  | _____  
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table>  | Einde vragenlijst   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Plaats/Gemeente</td></tr> <tr><td style="border: none;">_____</td></tr> </table>  | Plaats/Gemeente  
   | _____   
   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%; border: none;">Einde vragenlijst</td></tr> </table>  
  | Einde vragenlijst  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Plaats/Gemeente   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| _____   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Einde vragenlijst   |  
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 10. Hoeveel personen uit uw huishouden waren bij dit ongeluk betrokken (uzelf meegerekend)?   | Aantal <input style="width: 40px;" type="text"/>   
   |   
   |   
  |  
   |   |   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| 11. Wat is voor elk van de <b>betrokken huishoudleden</b> de ernst van het letsel of de verwondingen?   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border:
none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 50%; border: none;"></td> </tr> </table>  | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input
type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | Persoonsnummer betrokken huishoudlid   
   | 1   
  | 2   | 3  
   | 4   | 5                                       | 6  | Niet gewond geraakt  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | Letsel zelf of niet behandeld             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | Letsel ter plekke behandeld   | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | Letsel door huisarts behandeld   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input
type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  | Bezoek EHBO van ziekenhuis   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>                         | <input type="checkbox"/>  | Opgenomen in ziekenhuis  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>   |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   | | | | | | | | | | | | | |
   |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                  
          |                             |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 100%; border: none;">Persoonsnummer betrokken huishoudlid</td> <td style="width: 10%; border: none;">1</td> <td style="width: 10%; border: none;">2</td> <td style="width: 10%; border: none;">3</td> <td style="width: 10%; border: none;">4</td> <td style="width: 10%; border: none;">5</td> <td style="width: 10%; border: none;">6</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Niet gewond geraakt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel zelf of niet behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel ter plekke behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Letsel door huisarts behandeld</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Bezoek EHBO van ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Opgenomen in ziekenhuis</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>   | Persoonsnummer betrokken huishoudlid   
   | 1   
   | 2   
  | 3  
   | 4   | 5   
  | 6   | Niet gewond geraakt                     | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | Letsel zelf of niet behandeld  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>   | Letsel ter plekke behandeld  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>              | Letsel door huisarts behandeld     | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             
  | <input type="checkbox"/>  | Bezoek EHBO van ziekenhuis   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | Opgenomen in ziekenhuis                          | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Persoonsnummer betrokken huishoudlid  | 1  
   | 2   
   | 3   
  | 4  
   | 5   | 6   
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Niet gewond geraakt   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Letsel zelf of niet behandeld   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Letsel ter plekke behandeld   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Letsel door huisarts behandeld  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Bezoek EHBO van ziekenhuis  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |
| Opgenomen in ziekenhuis   | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  
   | <input type="checkbox"/>  
  | <input type="checkbox"/>   
   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  
  |   |   |  |  |                                    |                                       |   |  |  |  |   |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
   |  |  |   |   |                                      |  |                                   |                                       |                                    |   |  |                                       |  |                                      
  |   |  |   |  |                                  |                                    |   |   |  |   |  |  |   
  |   |  |   
  |  |  |  |  |  |                                    |  |   |  |  |  |  |  |  |   |  |   |   |  
  |   |   |   |                                      |   |   |   |                     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                               |                               |                          |                               |                          |                          |                          |                             |                   
         |                          |                             |                          |                          |                          |                                |                                |                          |                                |                          |                          |                          |                            |                            |                          |                            |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |  |

naar vraag 12 (zie ommezijde)

Rz1056

<p>12a. Op welke wijze namen deze personen deel aan het verkeer? (meer dan één antwoord mogelijk)</p>	<p>Te voet <input type="checkbox"/> ▶ Naar vraag 13.</p> <p>Fiets <input type="checkbox"/> Vrachtauto of trekker <input type="checkbox"/></p> <p>Brom- of snorfiets <input type="checkbox"/> Bus <input type="checkbox"/></p> <p>Motorrijwiel <input type="checkbox"/> Trein/tram/metro <input type="checkbox"/></p> <p>Personenauto <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/></p> <p>Bestelauto <input type="checkbox"/> Weet niet <input type="checkbox"/></p> <p>N.v.t., geen deelname aan verkeer <input type="checkbox"/> ▶ Naar vraag 12d</p>																																																																																		
<p>12b. Wie van de huishoudleden was de bestuurder?</p>	<p><input type="text"/></p>																																																																																		
<p>12c. Zaten er ook andere personen <b>niet behorend tot uw</b> huishouden in/op het voertuig (van eigen partij)?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ▶</p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p>	<p>Tot hoeveel verschillende andere huishoudens behoorden deze personen? (Exclusief eigen huishouden)</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/> 5+ <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/> Weet niet <input type="checkbox"/></p> <p>Waren er ten gevolge van dit ongeluk gewonden onder deze personen?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ▶ Is iemand van deze personen opgenomen in het ziekenhuis?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>																																																																																		
<p>12d. Kon het voertuig (eigen partij) na het ongeluk verder rijden?</p>	<p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>																																																																																		
<p>12e. Hoe groot was de schade aan het voertuig? (eigen partij)</p> <p>Indien onbekend: ▶</p> <p>_____</p> <p>Schade</p>	<p>Minder dan f 100,- <input type="checkbox"/> f 1 000,- tot f 5 000,- <input type="checkbox"/></p> <p>f 100,- tot f 500,- <input type="checkbox"/> f 5 000,- tot f 10 000,- <input type="checkbox"/></p> <p>f 500,- tot f 1 000,- <input type="checkbox"/> f 10 000,- of meer <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>																																																																																		
<p>13. Was er nog een andere partij betrokken bij het ongeluk?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ▶</p> <p>Nee <input type="checkbox"/> ▶</p>	<p>Hoeveel andere partijen waren bij het ongeluk betrokken? (Exclusief eigen partij)</p> <p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3+ <input type="checkbox"/></p> <p>Hoe namen die andere partijen deel aan het verkeer?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>1</th> <th>2</th> <th>Partij 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Te voet</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fiets</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Brom- of snorfiets</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Motorrijwiel</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Personenauto</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bestelauto</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Vrachtauto of trekker</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bus</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trein/tram/metro</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Anders</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Weet niet</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>N.v.t., geen deelname aan verkeer</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table> <p>Waren er ten gevolge van dit ongeluk gewonden onder deze personen? (exclusief eigen partij)</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ▶ Is iemand van deze personen opgenomen in het ziekenhuis?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p> <p>Waarmee kwam uw voertuig in botsing?</p> <table border="1"> <tbody> <tr><td>1 Gebouw</td><td><input type="checkbox"/></td><td>6 Dier</td><td><input type="checkbox"/></td><td>10 Anders, nl.:</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2 Lantaarnpaal</td><td><input type="checkbox"/></td><td>7 Boom</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="text"/></td><td></td></tr> <tr><td>3 Vangrail</td><td><input type="checkbox"/></td><td>8 Te water</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4 Verkeersbord</td><td><input type="checkbox"/></td><td>9 Slippen/vallen</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5 Paaltje</td><td><input type="checkbox"/></td><td></td><td></td><td>11 Weet niet</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		1	2	Partij 3	Te voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brom- of snorfiets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motorrijwiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Personenauto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bestelauto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vrachtauto of trekker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trein/tram/metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weet niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.v.t., geen deelname aan verkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Gebouw	<input type="checkbox"/>	6 Dier	<input type="checkbox"/>	10 Anders, nl.:	<input type="checkbox"/>	2 Lantaarnpaal	<input type="checkbox"/>	7 Boom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>		3 Vangrail	<input type="checkbox"/>	8 Te water	<input type="checkbox"/>			4 Verkeersbord	<input type="checkbox"/>	9 Slippen/vallen	<input type="checkbox"/>			5 Paaltje	<input type="checkbox"/>			11 Weet niet	<input type="checkbox"/>
	1	2	Partij 3																																																																																
Te voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Fiets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Brom- of snorfiets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Motorrijwiel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Personenauto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Bestelauto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Vrachtauto of trekker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Bus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Trein/tram/metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Anders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
Weet niet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
N.v.t., geen deelname aan verkeer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																
1 Gebouw	<input type="checkbox"/>	6 Dier	<input type="checkbox"/>	10 Anders, nl.:	<input type="checkbox"/>																																																																														
2 Lantaarnpaal	<input type="checkbox"/>	7 Boom	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																																																																															
3 Vangrail	<input type="checkbox"/>	8 Te water	<input type="checkbox"/>																																																																																
4 Verkeersbord	<input type="checkbox"/>	9 Slippen/vallen	<input type="checkbox"/>																																																																																
5 Paaltje	<input type="checkbox"/>			11 Weet niet	<input type="checkbox"/>																																																																														
<p>14. Is er door de politie een rapport van dit ongeluk opgemaakt?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> ▶</p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>	<p>Wanneer is dit gebeurd?</p> <p>Ter plekke <input type="checkbox"/></p> <p>Achteraf <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>																																																																																		
<p>15. Heeft iemand uit uw huishouden schadeaanfite gedaan bij een verzekering?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Nee <input type="checkbox"/></p> <p>Weet niet <input type="checkbox"/></p>																																																																																			



### ***Deel 3: Gehanteerde vragenlijst voor Openbaar Vervoer***







## ***Enkele aanverwante publicaties***

### **Statistieken van het vaste en mobiele apparaat**

Statistiek van de wegen, 1996	f 26,50	(€ 12,03)
Statistiek van de motorvoertuigen, 1 januari 2000	f 30,00	(€ 13,61)

### **Statistieken van verkeer en vervoer**

#### *Personenvervoer*

Statistiek van het personenvervoer, 1998	f 28,00	(€ 12,71)
Bezit en gebruik van personenauto's, 1997	f 21,50	(€ 9,76)

#### *Goederenvervoer*

Statistiek van het goederenvervoer 1998	f 50,00	(€ 22,69)
Nederland en de scheepvaart op de binnenwateren, 1998	f 25,00	(€ 11,34)

#### *Overige publicaties*

Verkeersongevallen, 1998	f 34,50	(€ 15,66)
Zakboek verkeer en vervoer 1997 (incl. diskette)	f 35,00	(€ 15,88)
Tijdreeksen verkeer en vervoer 1997 (diskette)	f 40,00	(€ 18,15)