

In deze lijst worden vragen over uw gezondheid gesteld. Beantwoord de vragen zo spontaan mogelijk. Het is niet de bedoeling dat u lang gaat nadenken. Deze vragenlijst dient als leidraad voor een gesprek met de bedrijfsarts.

U kunt de meeste vragen met ja of nee beantwoorden door een kruisje te zetten in het betreffende hokje. Indien u de keuze tussen ja of nee lastig vindt, kruis dan ja aan. Dit antwoord wordt dan in ieder geval met u doorgesproken en eventueel veranderd.

Voor de door u aangevraagde keuring zijn de hieronder aangekruiste blokken van bijzonder belang. U dient deze in ieder geval te beantwoorden.

- Houding en beweging
- Hart en vaten
- Bewustzijn
- Zintuigen
- Psychische klachten
- Behandelingen
- Geneesmiddelen

De vragen in de overige blokken dienen voor een meer algemeen oordeel over uw gezondheid. Het invullen van deze vragen is vrijwillig en heeft geen gevolgen voor het oordeel van de bedrijfsarts over de geschiktheid voor de functie.

Uw antwoorden vallen onder het medisch beroepsgeheim.

Naam en voorletters

Adres

Postcode en woonplaats

Tel. thuis

Tel. werk

Geboortedatum

Geslacht

man vrouw

Algemene gezondheid

	ja	nee
Bent u vaak moe?		
Bent u vaak slaperig of suf?		
Slaapt u slecht?		
Heeft u vaak het gevoel dat u er niet tegen op kunt?		
Heeft u nerveuze klachten (last van 'zenuwen')?		
Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?		
Heeft u regelmatig moeite om zich te concentreren?		
Heeft u regelmatig moeite met onthouden?		
Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek?		
Heeft u regelmatig pijn of een beklemmend gevoel op de borst of in de hartstreek?		
Heeft u klachten over het zien (zelfs als u contactlenzen of een bril draagt)?		
Heeft u regelmatig last van vermoeide of branderige ogen?		
Heeft u moeite met horen?		
Bent u vaak hees?		
Heeft u regelmatig klachten van de neus (verstopping, loopneus of niezen)?		
Heeft u regelmatig klachten van de luchtwegen (hoesten, piepen, benauwdheid)?		
Bent u bij lichamelijke inspanning meestal snel buiten adem?		
Heeft u regelmatig last van een droge huid of eczeem?		
Reageert u overgevoelig op bepaalde stoffen of materialen?		

Houding en beweging

	ja	Nee
Kunt u uw armen en benen normaal gebruiken?		
Heeft u regelmatig pijn of stijfheid:		
- in de schouders?		
- in de ellebogen?		
- in de polsen?		
- in de handen?		
- in de heupen?		
- in de knieën?		
- in de enkels?		
- in de voeten?		
- in de nek?		
- onder in de rug?		
- boven in de rug?		
Heeft u last van uitstralende pijnen naar		
- ellebogen, polsen of vingers?		
- knieën of enkels?		
Moet u uw activiteiten in het dagelijks leven beperken vanwege		
- klachten in schouders of armen		
- klachten in de heup, been of voet?		
- klachten in de nek?		
- klachten in de rug?		

	Ja	Nee
Bent u de afgelopen twee jaar wel eens behandeld door		
- fysiotherapeut / manueeltherapeut		
- houdingstherapeut (mensendieck, cesar)?		
- orthooped / neuroloog		

Hart en vaten			Ja	nee
	Heeft u wel eens hartkloppingen of het gevoel dat het hart een slag overslaat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Heeft u wel eens pijn of een drukkend gevoel op de borst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Indien ja: Duurt de pijn of drukkend gevoel over het algemeen langer dan 10 minuten (ook als u rustig zit of stilstaat)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krijgt u pijn of een zwaar gevoel op de borst als u tegen de wind in loopt of fietst?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Krijgt u pijn of een zwaar gevoel op de borst als u zich voorthaast?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verdwijnt de pijn of het zware gevoel als u stilstaat?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit ernstige pijn op het voorste gedeelte van uw borst gehad, die langer dan een half uur aanhield?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Heeft u wel eens last van gezwollen voeten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bewustzijn			Ja	Nee
	Heeft u regelmatig last van ernstige hoofdpijn?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u wel eens zo duizelig of draaiërig geweest dat u zich moest vast grijpen of gaan zitten om niet om te vallen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u de afgelopen twee jaar wel eens flauw gevallen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u de afgelopen vijf jaar wel eens buiten bewustzijn geraakt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens schedelletsel gehad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zintuigen			ja	nee
	Heeft u een bril of contactlenzen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ziet u met beide ogen ongeveer even scherp?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kunt u een gesprek bij achtergrondgeluid (verjaardagen, in de auto) goed volgen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u wel eens last van oorsuizen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Psychische klachten			ja	Nee
	Heeft u de afgelopen twee jaar wel eens klachten gehad van			
	- overspannenheid / oververmoeidheid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- slapeloosheid?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- depressiviteit?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hallucinaties / psychose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bent u de afgelopen twee jaar wel eens behandeld door:			
- maatschappelijk werk?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- het RIAGG?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- een psycholoog		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- een psychiater		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- een consultatiebureau voor alcohol en drugs?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Behandeling en			ja	Nee
	Bent u onder behandeling geweest (of nog onder behandeling) voor één van de volgende aandoeningen			
	- hoge bloeddruk?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hart en vaatziekten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- hoog vetgehalte / cholesterol in het bloed?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- epilepsie, toevallen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- migraine, ernstige hoofdpijn?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- suikerziekte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	- oogziekte?		
	- oorziekte, doofheid?		
	- schildklierziekte?		
	- hormoonziekte?		
	- ernstig ongeval?		
	- longziekten?		
	- pneumothorax?		
	- sarcoidose?		
	- heeft u een operatie ondergaan?		
Voor welke aandoeningen bent u momenteel onder behandeling?			
Indien ja waarvoor:			

Geneesmiddelen	Heeft u de afgelopen twee jaar geneesmiddelen gebruikt?	ja	Nee
	- tegen allergie?		
	- tegen slapeloosheid?		
	- tegen nervositeit of depressiviteit		
	- tegen pijn?		
	- andere geneesmiddelen op doktersvoorschrift?		
Indien ja: Welke medicijnen?			

Gezondheid	Heeft u klachten over uw gezondheid die in de voorgaande vragen niet aan de orde zijn gekomen?	ja	Nee
Indien ja: Welke klachten?			

Leefgewoonten	Doet u in uw vrije tijd regelmatig aan sportbeoefening, waarbij u zich lichamelijk inspant?	ja	Nee
	Neemt u meestal rustig de tijd om te eten?		
	Beperkt u de hoeveelheid vet in uw voeding?		
Rookt u?			

Hoeveel glazen bier of andere alcoholhoudende drank gebruikt u gemiddeld in de week?

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	>50+
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onder-
tekenin
g

De ondergetekende verklaart dat de voorgaande vragen naar waarheid en beste weten zijn beantwoord.

Datum

.....

Handtekening

.....