

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Geslacht: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____

Werkgever: _____

Functie: _____

Gezondheid algemeen

Heeft u het afgelopen jaar last gehad van:	Ja	Nee
• Pijn of bewegingsbeperkingen onderste ledematen (heup, knie, enkels, onderbenen, voeten)	0	0
• Pijn of bewegingsbeperkingen bovenste ledematen (schouder, ellebogen, pols, bovenarm, handen)	0	0
• Pijn of bewegingsbeperkingen in de rug of nek	0	0
• Kortademigheid	0	0
• Maag- of darmklachten	0	0
• Pijn op de borst bij inspanning	0	0
• Overspanningsklachten (prikkelbaarheid, emotioneel, sombertestemming, concentratieproblemen, slaapstoornissen)	0	0
• Bewustzijnsstoornissen (wegraken, flauwvallen), duizeligheid of evenwichtsstoornissen	0	0
• Slaperigheid, vermoeidheid of suf	0	0
• Huidafwijkingen (bijvoorbeeld eczeem, schimmelinfectie)	0	0
• Een minder goed gezichtsvermogen	0	0
• Een minder goed gehoor	0	0
• Kan u goed ruiken	0	0

Behandelingen

Bent u in het verleden onderzocht of onder behandeling geweest voor:	ja	Nee
• Klachten van de onderste ledematen, bovenste ledematen, rug of nek	0	0
• Ademhalingsproblemen	0	0
• Hartklachten, vaatziekten, hoge bloeddruk	0	0
• Suikerziekten of epilepsie	0	0
• Alcohol- of drugsproblemen	0	0
• Psychische problemen	0	0
• Huidafwijkingen	0	0
• Een minder goed gezichtsvermogen	0	0
• Een minder goed gehoor	0	0
• Lijdt u aan aandoeningen waarvan u vooral in een koude omgeving	0	0

last van heeft?	0	0
• Best u ergens allergisch voor?	0	0
	Ja	Nee
Zo ja, waarvoor? _____		
• Heeft u de afgelopen jaren regelmatig of langere tijd achtereen medicijnen gebruikt?	0	0
Zo ja, welke? _____		
• Gebruikt u op dit moment medicijne?	0	0
Zo ja, welke? _____		
• Heeft u hoogtevrees, engtevrees, smetvrees of paniekaanvallen?	0	0
• Heeft u andere ziekten of gebreken die naar uw mening een probleem kunnen opleveren bij het uitoefenen van uw (toekomstige) functie?	0	0
Zo ja, graag een toelichting _____		

Leefgewoonten

	Ja	Nee
• Doet u in uw vrije tijd regelmatig aan sportbeoefening, waarbij u zich Lichamelijk inspant?	0	0
• Hoeveel uren per week besteedt u aan forse inspanning? _____		
• Heeft u in het verleden gerookt?	0	0
• Rookt u nog?	0	0
Zo ja, hoeveel sigaretten, shagjes of sigaartjes rookt u per dag? _____		
• Drinkt u meer dan 25 glazen alcoholische drank per week?	0	0
• Komen in uw familie een of meer van de volgende aandoeningen voor?	0	0
○ Hoge bloeddruk	0	0
○ Hart- en vaatzieken	0	0
○ Suikerziekten	0	0

Arbeidsomstandigheden

	Ja	Nee
• Doet u werk waarbij u zich fysiek maximaal moet inspannen?	0	0
• Is er sprake van een onveilige werksituatie in uw werk?	0	0
• Ondervindt u veel hinder door lawaai in uw werksituatie?	0	0
• Komt u in aanraking met gevaarlijke (giftige stoffen)?	0	0
Zo ja, welke stoffen? _____		
• Werkt u met adembescherming?	0	0
Zo ja, met welke adembescherming? _____		

Vragen die u met "ja" heeft beantwoord, kunt u hier onder toelichten

Screeningsvragenlijst ergometrie (Inspanningstest)

	Ja	Nee
1. Heeft een arts u ooit aangeven dat u een hartprobleem heeft en dat u alleen lichamelijke inspanning op advies van een arts zou mogen uitvoeren b.v. tijdens. Een sportmedische- of dienstplichtkeuring of een ander onderzoek?	0	0
2. Heeft u wel eens pijn op de borst bij lichamelijke inspanning?	0	0
3. Heeft u in de afgelopen maand pijn op de borst gehad terwijl u geen lichamelijke Inspanning uitvoerde?	0	0
4. Verliest u wel eens uw evenwicht als gevolg van duizeligheid of bent u wel Eens flauw gevallen tijdens of na inspanning?	0	0
5. Bent u bekend met hoge bloeddruk, hartkloppingen of een andere hartstoornis	0	0
6. Bent u bekend met inspanningsgebonden longklachten zoals astma of bronchitis (COPD)?	0	0
7. Heeft u een skelet- of gewrichtsprobleem of blessure (bijvoorbeeld aan rug, knie op heup) welke kan verergeren door een verandering in uw lichamelijke activiteitspatroon?	0	0
8. Schrijft uw arts op dit moment medicijnen voor (bijvoorbeeld plaspillen) in verband. Met bloeddruk of een hartprobleem?	0	0
9. Gebruikt u medicijnen in verband met longklachten?	0	0
10. Heeft u de afgelopen tweeweken griepverschijnselen en/of koorts gehad?	0	0
11. Bent u op de hoogte van andere redenen waarom u geen lichamelijke Inspanning. Zou mogen uit voeren? Zo ja, welke? _____	0	0

Plaats:

Datum:

Handtekening:
