



# AvS Medical Services BV

## Bedrijfsartsen

### Vragenlijst bodemsaneringskeuring

| PERSOONSgegevens |                      |
|------------------|----------------------|
| Voornaam         |                      |
| Achternaam       |                      |
| Geboortedatum    |                      |
| Geslacht         | Man / Vrouw / Anders |
| Straat           |                      |
| Postcode         |                      |
| Plaats           |                      |
| Telefoonnummer   |                      |
| Email adres      |                      |
| BSN              |                      |

|                        |                                                                       |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Werkgever              |                                                                       |
| Functie                |                                                                       |
| Uren per week          |                                                                       |
| Aantal jaren in dienst |                                                                       |
| Werkritme              | Dagdienst / Avonddienst / Nachtdienst / Onregelmatig of ploegendienst |

Datum: .....-.....-.....

Handtekening: .....

| ALGEMENE GEZONDHEID                                                                                                 |                                                                                         | JA | NEE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1                                                                                                                   | Bent u wel eens gekeurd voor een beroep of baan?                                        |    |     |
| 2                                                                                                                   | Bent u wel eens gekeurd voor een verzekering?                                           |    |     |
| 3                                                                                                                   | Bent u wel eens gekeurd voor militaire dienst?                                          |    |     |
| 4                                                                                                                   | Bent u wel eens gekeurd voor sport?                                                     |    |     |
| 5                                                                                                                   | Bent u voor een of meerdere van bovenstaande keuringen afgekeurd?                       |    |     |
| 6                                                                                                                   | Bent u vaak moe?                                                                        |    |     |
| 7                                                                                                                   | Bent u vaak slaperig of suf?                                                            |    |     |
| 8                                                                                                                   | Slaapt u slecht?                                                                        |    |     |
| 9                                                                                                                   | Heeft u nerveuze klachten (last van zenuwen)?                                           |    |     |
| 10                                                                                                                  | Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?                                                  |    |     |
| 11                                                                                                                  | Heeft u regelmatig moeite om u te concentreren?                                         |    |     |
| 12                                                                                                                  | Heeft u regelmatig moeite met onthouden?                                                |    |     |
| 13                                                                                                                  | Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek?                                           |    |     |
| 14                                                                                                                  | Heeft u nogal eens pijn of een beklemmend gevoel op de borst of in de hartstreek?       |    |     |
| 15                                                                                                                  | Heeft u klachten over het zien (zelfs indien u contactlenzen of een bril draagt)?       |    |     |
| 16                                                                                                                  | Heeft u regelmatig last van vermoeide of branderige ogen?                               |    |     |
| 17                                                                                                                  | Heeft u moeite met horen?                                                               |    |     |
| 18                                                                                                                  | Bent u vaak hees?                                                                       |    |     |
| 19                                                                                                                  | Heeft u regelmatig klachten van de neus (verstopping, loopneus, niezen)?                |    |     |
| 20                                                                                                                  | Heeft u regelmatig klachten van luchtwegen (hoesten, piepen, benauwdheid)?              |    |     |
| 21                                                                                                                  | Bent u bij lichamelijke inspanning meestal snel buiten adem?                            |    |     |
| 22                                                                                                                  | Heeft u regelmatig last van een droge huid of van eczeem?                               |    |     |
| 23                                                                                                                  | Is uw huid overgevoelig voor bepaalde stoffen of materialen?                            |    |     |
| 24                                                                                                                  | Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in nek, schouders of armen?                        |    |     |
| 25                                                                                                                  | Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in rug of benen?                                   |    |     |
| 26                                                                                                                  | Heeft u klachten over uw gezondheid die in de eerdere vragen niet aan bod zijn gekomen? |    |     |
| <p>Als u bovenstaande vragen <b>allemaal met nee</b> heeft beantwoord, dan kunt u <b>doorgaan met vraag 32</b>.</p> |                                                                                         |    |     |
| <p>Als u <b>één of meer vragen met ja</b> heeft beantwoord, wilt u dan <b>doorgaan met de vragen hieronder</b>.</p> |                                                                                         |    |     |
| 27                                                                                                                  | Heeft u zich wel eens ziekgemeld voor één of meerdere van deze klachten?                |    |     |
| 28                                                                                                                  | Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?                       |    |     |
| 29                                                                                                                  | Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?                               |    |     |
| 30                                                                                                                  | Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?                                 |    |     |
| 31                                                                                                                  | Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?   |    |     |

| Bent u de afgelopen 5 jaar onder behandeling geweest voor?                   |                                                                                                                                                                                                      | JA | NEE |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 32                                                                           | Suikerziekte                                                                                                                                                                                         |    |     |
| 33                                                                           | Hoge bloeddruk                                                                                                                                                                                       |    |     |
| 34                                                                           | Hart- of vaatziekte                                                                                                                                                                                  |    |     |
| 35                                                                           | Overspannenheid                                                                                                                                                                                      |    |     |
| 36                                                                           | Vallende ziekte (epilepsie)                                                                                                                                                                          |    |     |
| 37                                                                           | Slapeloosheid                                                                                                                                                                                        |    |     |
| 38                                                                           | Huidziekte                                                                                                                                                                                           |    |     |
| 39                                                                           | COPD of astma                                                                                                                                                                                        |    |     |
| 40                                                                           | Spier- of gewrichtsklachten                                                                                                                                                                          |    |     |
| 41                                                                           | Langdurige nek- of rugklachten                                                                                                                                                                       |    |     |
| 42                                                                           | Maagklachten                                                                                                                                                                                         |    |     |
| 43                                                                           | Galblaas                                                                                                                                                                                             |    |     |
| 44                                                                           | Lever (bijvoorbeeld geelzucht)                                                                                                                                                                       |    |     |
| 45                                                                           | Bedrijfsongeval                                                                                                                                                                                      |    |     |
| 46                                                                           | Ernstig ongeval anders dan een bedrijfsongeval (bijvoorbeeld auto-ongeluk)                                                                                                                           |    |     |
| 47                                                                           | Gebruikt u regelmatig geneesmiddelen, medicijnen (ook slaapmiddelen, pijnstillers)?                                                                                                                  |    |     |
|                                                                              | Zo ja, welke?                                                                                                                                                                                        |    |     |
| 48                                                                           | Bent u de afgelopen 5 jaar geopereerd?                                                                                                                                                               |    |     |
|                                                                              | Zo ja, waarvoor?                                                                                                                                                                                     |    |     |
| 49                                                                           | Heeft u daar nog klachten van?                                                                                                                                                                       |    |     |
|                                                                              | Zo ja, welke?                                                                                                                                                                                        |    |     |
| 50                                                                           | Zijn er broers of zusters voor het 50e jaar lijdende geweest aan een hartinfarct?                                                                                                                    |    |     |
| 51                                                                           | Zijn er broers of zusters voor het 50e jaar lijdende geweest aan een hersenbloeding?                                                                                                                 |    |     |
| 52                                                                           | Zijn er broers of zusters voor het 50e jaar lijdende geweest aan een te hoge bloeddruk?                                                                                                              |    |     |
| 53                                                                           | Zijn er broers of zusters voor het 50e jaar lijdende geweest aan een suikerziekte?                                                                                                                   |    |     |
| 54                                                                           | Zijn er broers of zusters voor het 50e jaar lijdende geweest aan een COPD of astma?                                                                                                                  |    |     |
| 55                                                                           | Heeft u last van hoogtevrees?                                                                                                                                                                        |    |     |
| 56                                                                           | Bent u kleurenblind?                                                                                                                                                                                 |    |     |
| Heeft u wel eens een ziekte gehad die door het beroep/werk werd veroorzaakt? |                                                                                                                                                                                                      |    |     |
| 57                                                                           | Beroepseczeem                                                                                                                                                                                        |    |     |
| 58                                                                           | Vergiftiging                                                                                                                                                                                         |    |     |
| 59                                                                           | Stoflongen                                                                                                                                                                                           |    |     |
| 60                                                                           | Andere beroepsziekte                                                                                                                                                                                 |    |     |
| 61                                                                           | Bent u wel eens om gezondheidsredenen van werk veranderd?                                                                                                                                            |    |     |
| <b>LEEFGEWOONTEN</b>                                                         |                                                                                                                                                                                                      |    |     |
| 52                                                                           | Heeft u minimaal 5 dagen in de week, 30 minuten lichaamsbeweging (alle lichaamsbeweging, in uw vrije tijd of op het werk, die tenminste zo inspannend is als stevig doorlopen of wandelen telt mee)? |    |     |
| 53                                                                           | Beperkt u de hoeveelheid vet in uw voeding?                                                                                                                                                          |    |     |
| 54                                                                           | Rookt u?                                                                                                                                                                                             |    |     |
|                                                                              | Zo nee, heeft u gerookt?                                                                                                                                                                             |    |     |
| 55                                                                           | Drinkt u alcoholische drank?                                                                                                                                                                         |    |     |
| 56                                                                           | Gebruikt u wel eens drugs?                                                                                                                                                                           |    |     |
| 57                                                                           | Voelt u zich gezond?                                                                                                                                                                                 |    |     |

| ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN |                                                                                              |    |     |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| FYSIEKE BELASTING     |                                                                                              | JA | NEE |
| 58                    | Moet u vaak zware lasten (meer dan 5 kg) tillen, duwen, trekken of dragen?                   |    |     |
| 59                    | Moet u vaak zeer zware lasten (meer dan 20 kg) tillen, duwen, trekken of dragen?             |    |     |
| 60                    | Moet u vaak grote kracht uitoefenen op gereedschappen of apparaten?                          |    |     |
| 61                    | Moet u vaak het bovenlichaam buigen of draaien?                                              |    |     |
| 62                    | Moet u vaak de nek buigen of draaien?                                                        |    |     |
| 63                    | Moet u vaak ver reiken met uw handen of armen?                                               |    |     |
| 64                    | Moet u vaak de polsen buigen of draaien?                                                     |    |     |
| 65                    | Moet u vaak uw armen geheven houden?                                                         |    |     |
| 66                    | Moet u vaak trappenlopen?                                                                    |    |     |
| 67                    | Moet u vaak in ongemakkelijke houdingen werken?                                              |    |     |
| 68                    | Moet u vaak langdurig in dezelfde houding werken?                                            |    |     |
| 69                    | Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw bovenlichaam?            |    |     |
| 70                    | Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw nek?                     |    |     |
| 71                    | Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw armen/handen?            |    |     |
| 72                    | Moet u in uw werk vaak lang achtereen staan?                                                 |    |     |
| 73                    | Moet u in uw werk vaak lang achtereen zitten?                                                |    |     |
| 74                    | Moet u in uw werk vaak lang achtereen lopen?                                                 |    |     |
| 75                    | Moet u in uw werk vaak lang achtereen geknield of gehurkt werken?                            |    |     |
| 76                    | Heeft u in uw werk vaak te maken met duidelijk voelbare trillingen en of schokken?           |    |     |
| 77                    | Heeft u in uw werk vaak trillend gereedschap of apparaten in uw handen?                      |    |     |
| 78                    | Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak moet transpireren tijdens het werk?          |    |     |
| 79                    | Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak buiten adem bent?                            |    |     |
| 80                    | Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak erg moe thuiskomt?                           |    |     |
| 81                    | Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak de volgende dag niet uitgerust opstaat?      |    |     |
| 82                    | Ligt het tempo van het werk vaak zo hoog dat u geregeld moet jagen om op tijd klaar te zijn? |    |     |
| 83                    | Ligt het tempo van het werk vaak zo hoog dat u niet genoeg heeft aan de normale pauzes?      |    |     |
| 84                    | Moet u in uw werk vaak plotselinge, onverwachte bewegingen maken?                            |    |     |
| 85                    | Moet u in uw werk vaak korte maar maximale krachtsinspanning leveren?                        |    |     |
|                       |                                                                                              |    |     |
|                       |                                                                                              |    |     |
| WERKBELEVING          |                                                                                              | JA | NEE |
| 86                    | Moet u erg snel werken?                                                                      |    |     |
| 87                    | Heeft u te veel werk te doen?                                                                |    |     |
| 88                    | Moet u extra hard werken om iets af te hebben?                                               |    |     |
| 89                    | Werkt u onder tijdsdruk?                                                                     |    |     |
| 90                    | Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden?                                    |    |     |
| 91                    | Moet u in uw werk telkens dezelfde dingen doen?                                              |    |     |
| 92                    | Doet uw werk voldoende beroep op al uw vaardigheden en capaciteiten?                         |    |     |
| 93                    | Heeft u in uw werk voldoende afwisseling?                                                    |    |     |
| 94                    | Biedt uw baan mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkelingen?                       |    |     |
| 95                    | Geeft uw werk u het gevoel iets ermee te kunnen bereiken?                                    |    |     |
| 96                    | Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op?                                                |    |     |
| 97                    | Kunt u op uw collega's rekenen wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?                 |    |     |
| 98                    | Voelt u zich gewaardeerd door uw collega's?                                                  |    |     |
| 99                    | Heeft u te maken met agressie van uw collega's?                                              |    |     |
| 100                   | Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw directe leiding?                                 |    |     |
| 101                   | Krijgt u voldoende informatie over het resultaat van uw werk?                                |    |     |
| 102                   | Wordt u van de belangrijke dingen in het bedrijf goed op de hoogte gehouden?                 |    |     |

| FYSIOLOGISCHE BELASTING                                                                                        |                                                                                       | JA | NEE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Heeft u in uw werk hinder van een van de onderstaande zaken?                                                   |                                                                                       |    |     |
| 103                                                                                                            | Lawaai                                                                                |    |     |
| 104                                                                                                            | Gebrek aan frisse lucht                                                               |    |     |
| 105                                                                                                            | Droge lucht                                                                           |    |     |
| 106                                                                                                            | Wisseling van temperatuur                                                             |    |     |
| 107                                                                                                            | Stank                                                                                 |    |     |
| 108                                                                                                            | Licht                                                                                 |    |     |
| 109                                                                                                            | Damp/nevel/gas                                                                        |    |     |
| 110                                                                                                            | Warmte                                                                                |    |     |
| 111                                                                                                            | Kou                                                                                   |    |     |
| 112                                                                                                            | Vochtige lucht                                                                        |    |     |
| 113                                                                                                            | Anders, namelijk                                                                      |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                       |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                       |    |     |
| BEWEGINGSAPPARAAT                                                                                              |                                                                                       | JA | NEE |
| Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?                                |                                                                                       |    |     |
| 114                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel boven of midden in de rug                           |    |     |
| 115                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel onder in de rug                                     |    |     |
| 116                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de heupen of bovenbenen                          |    |     |
| 117                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de knie.                                         |    |     |
| 118                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de onderbenen, enkels of voeten                  |    |     |
| 119                                                                                                            | Een doof gevoel in benen of voeten                                                    |    |     |
| 120                                                                                                            | Krachtsverlies in benen of voeten                                                     |    |     |
| 121                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in nek of schouders                                 |    |     |
| 122                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in armen, polsen of ellebogen                       |    |     |
| 123                                                                                                            | Pijn, ongemak of een stijf gevoel in handen of vingers                                |    |     |
| 124                                                                                                            | Tintelingen, zwellingen of een doof gevoel in armen, handen of vingers                |    |     |
| 125                                                                                                            | Krachtsverlies in armen, handen of vingers                                            |    |     |
| 126                                                                                                            | Aanvallen van "witte" vingers                                                         |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                       |    |     |
| Als u bovenstaande vragen <b>allemaal met nee</b> heeft beantwoord, dan kunt u <b>doorgaan met vraag 132</b> . |                                                                                       |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                       |    |     |
| Als u <b>één of meer vragen met ja</b> heeft beantwoord, wilt u dan <b>doorgaan met de vragen hieronder</b> .  |                                                                                       |    |     |
| 127                                                                                                            | Heeft u zich wel eens ziekgemeld voor één of meerdere van deze klachten?              |    |     |
| 128                                                                                                            | Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?                     |    |     |
| 129                                                                                                            | Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?                             |    |     |
| 130                                                                                                            | Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?                               |    |     |
| 131                                                                                                            | Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie? |    |     |

| GELUID                                                                                                         |                                                                                               | JA | NEE |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 132                                                                                                            | Werkt u wel eens in een omgeving waar men hard moet praten om elkaar te verstaan?             |    |     |
| 133                                                                                                            | Draagt u bij lawaai gehoorbescherming?                                                        |    |     |
|                                                                                                                | Zo ja, hoe lang al? 1 jaar / 2 jaar / 3-5 jaar / 5-10 jaar / langer dan 10 jaar               |    |     |
|                                                                                                                | Zo ja, welk soort? watten / earplugs / oorkappen / otoplastieken / anders                     |    |     |
|                                                                                                                | U draagt deze? altijd / vaak / soms / nooit                                                   |    |     |
| 134                                                                                                            | Bent u wel eens eerder aan lawaai blootgesteld (b.v. militaire dienst, werk, hobby, uitgaan)? |    |     |
|                                                                                                                | Zo ja, droeg u toen gehoorbescherming?                                                        |    |     |
| 135                                                                                                            | Bent u wel een blootgesteld aan extreem lawaai (b.v. schieten, explosies)?                    |    |     |
| 136                                                                                                            | Heeft u oorklachten gehad?                                                                    |    |     |
|                                                                                                                | Zo ja, bent u daarvoor onder behandeling geweest?                                             |    |     |
| 137                                                                                                            | Bent u nu verkouden?                                                                          |    |     |
| 138                                                                                                            | Komt doofheid in de familie voor?                                                             |    |     |
| 139                                                                                                            | Kunt u goed horen?                                                                            |    |     |
| 140                                                                                                            | Hoort u goed in een omgeving waar veel mensen tegelijk praten?                                |    |     |
| 141                                                                                                            | Kunt u een gesprek in een lawaaiige omgeving volgen?                                          |    |     |
| 142                                                                                                            | Kunt u een gesprek in een rustige omgeving volgen?                                            |    |     |
| 143                                                                                                            | Zet u de radio of tv harder om alles goed te kunnen volgen?                                   |    |     |
| 144                                                                                                            | Kunnen volgens u eerdergenoemde klachten voorkomen worden?                                    |    |     |
|                                                                                                                | Zo ja, hoe? voorlichting / betere / andere gehoorbescherming / anders                         |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                               |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                               |    |     |
| HUID                                                                                                           |                                                                                               | JA | NEE |
| Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?                                |                                                                                               |    |     |
| 145                                                                                                            | Jeukende vingers, handen of armen met kloofjes                                                |    |     |
| 146                                                                                                            | Rode vingers, handen of armen met kloofjes                                                    |    |     |
| 147                                                                                                            | Ruwe of schilferende vingers, handen of armen met kloofjes                                    |    |     |
| 148                                                                                                            | Blaasjes op vingers, handen of armen                                                          |    |     |
| 149                                                                                                            | Rode vlekken in het gezicht                                                                   |    |     |
| 150                                                                                                            | Opgezwollen oogleden of zwellingen in het gezicht                                             |    |     |
| 151                                                                                                            | Schilferende of jeukende plekken in het gezicht                                               |    |     |
| 152                                                                                                            | Blaasjes in het gezicht                                                                       |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                               |    |     |
| Als u bovenstaande vragen <b>allemaal met nee</b> heeft beantwoord, dan kunt u <b>doorgaan met vraag 158</b> . |                                                                                               |    |     |
|                                                                                                                |                                                                                               |    |     |
| Als u <b>één of meer vragen met ja</b> heeft beantwoord, wilt u dan <b>doorgaan met de vragen hieronder</b> .  |                                                                                               |    |     |
| 153                                                                                                            | Heeft u zich wel eens ziekgemeld voor één of meerdere van deze klachten?                      |    |     |
| 154                                                                                                            | Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?                             |    |     |
| 155                                                                                                            | Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?                                     |    |     |
| 156                                                                                                            | Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?                                       |    |     |
| 157                                                                                                            | Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?         |    |     |

| LUCHTWEGEN                                                                                                    |                                                                                       | JA | NEE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?                               |                                                                                       |    |     |
| 158                                                                                                           | Twee weken of langer achtereen een verstopte neus, loopneus, of niezen                |    |     |
| 159                                                                                                           | Twee weken of langer achtereen hees of verlies van stem                               |    |     |
| 160                                                                                                           | Twee weken of langer achtereen hoesten                                                |    |     |
| 161                                                                                                           | Twee weken of langer achtereen slijm ophoesten                                        |    |     |
| 162                                                                                                           | Piepen op de borst                                                                    |    |     |
| 163                                                                                                           | Kortademigheid als u met leeftijdgenoten in normaal tempo op vlakke ondergrond loopt  |    |     |
| 164                                                                                                           | Kortademigheid in rust                                                                |    |     |
| 165                                                                                                           | Aanvallen van benauwdheid                                                             |    |     |
| 166                                                                                                           | Nachtelijke benauwdheid                                                               |    |     |
|                                                                                                               |                                                                                       |    |     |
| Als u bovenstaande vragen <b>allemaal met nee</b> heeft beantwoord, dan bent u <b>klaar</b> .                 |                                                                                       |    |     |
|                                                                                                               |                                                                                       |    |     |
| Als u <b>één of meer vragen met ja</b> heeft beantwoord, wilt u dan <b>doorgaan met de vragen hieronder</b> . |                                                                                       |    |     |
| 167                                                                                                           | Heeft u zich wel eens ziekgemeld voor één of meerdere van deze klachten?              |    |     |
| 168                                                                                                           | Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?                     |    |     |
| 169                                                                                                           | Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?                             |    |     |
| 170                                                                                                           | Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?                               |    |     |
| 171                                                                                                           | Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie? |    |     |