



Antoinette van Summeren Bedrijfsarts

Kloosterweg 36
6631 KL Horssen

T 0487-541029

M 06-54935835

E info@dekeuringsdokter.nl

I www.dekeuringsdokter.nl

VRAGENLIJST GEZONDHEIDSTOESTAND

Deze vragenlijst is uitsluitend bedoeld om een inzicht te verkrijgen in uw gezondheidstoestand met name in de relatie met uw werk.

Wilt u de vragen beantwoorden door uw antwoorden met een streepje aan te geven in het hokje achter de vragen.

	NEE	JA
1. Bent u vaak moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Bij het opstaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Na het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-'s Avonds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bent u vaak slaperig of suf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Slaapt u slecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Heeft u voortdurend het gevoel dat u er niet tegenop kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Heeft u nerveuze klachten (last van "zenuwen")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Bent u vaak prikkelbaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bent u opgewonden of gejaagd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
6. Draagt u een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heeft u klachten over het zien (zelfs als u contactlenzen of uw bril draagt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Bij zien veraf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij zien dichtbij?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
8. Heeft u klachten over de oren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Slecht horen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Oorsuizen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Loopoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is uw neus regelmatig verstopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Langer dan 3 maanden achter elkaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bent u vaak hees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
11. Moet u regelmatig hoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Moet u gedurende de laatste 2 jaar regelmatig hoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hoest u langer dan 3 maanden achter elkaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Moet u ook slijm ophoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
12. Heeft u nogal eens last van kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -In rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Komt de kortademigheid in aanvallen van benauwdheid (astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEE	JA
13. Heeft u 's nachts vaak last van benauwdheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Is het noodzakelijk op meer dan één kussen te slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Heeft u nogal eens pijn of een beklemd gevoel op de borst of in de hartstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -In rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij opwindig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bij overgang van warmte naar koude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Na de maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Moet u 's nachts gewoonlijk meer dan eens plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Heeft u 's avonds vaak dikke voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
17. Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Maagpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-"Zuur branden"?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Heeft u regelmatig buikpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -In hevige aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Langdurig en zeurend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Heeft u regelmatig problemen met de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Verstopping?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Diarree?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bloed bij de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Heeft u een breuk (liesbreuk, navelbreuk of andere breuk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Heeft u klachten bij het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Moet u vaak plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Plast u moeilijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Heeft u een branderig gevoel bij het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
22. Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in de bovenste ledematen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bovenarm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Elleboog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Onderarm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Pols?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hand of vingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in de onderste ledematen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Heup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bovenbeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Knie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Onderbeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Enkel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Voet of tenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
24. Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in de nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Trekt het ergens naar toe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Midden in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-In de lendestreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Trekt het ergens naar toe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	NEE	JA
26. Heeft u regelmatig last van ernstige hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Bent u vaak duizelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Moet u dan gaan zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Valt u dan flauw?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bent u duizelig bij verandering van houding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
28. Heeft u spataderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Heeft u pijn in de kuit(en) gedurende het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
30. Bent u ergens overgevoelig voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, hebt u daarbij last van: -De huid (bv. uitslag, jeuk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-De neus (bv. loopneus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-De ademhaling (bv. benauwd, kriebelhoest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
31. Bent u de afgelopen 6 maanden wel eens van uw werk thuis gebleven wegens ziekte of ongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: Om wat voor ongeval, ziekte of klacht ging het (s.v.p. hiernaast aangeven)		
<hr/>		
<hr/>		
32. Bent u de laatste 5 jaar onder behandeling geweest voor één of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen (geneesmiddelen, operaties, dieet, rustkuur, bestraling, massage of leefregels):		
-Suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Hartziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Vaatziekte (bv. trombose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Overgewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Overspannenheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Slapeloosheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Epilepsie (of vallende ziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Huidziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bronchitis (of astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Spier- of gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Langdurige nek- of rugklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Maag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Galblaas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Lever (bv. geelzucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Nieren of blaas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ernstig ongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Andere ziekten of aandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke (s.v.p. hiernaast aangeven).		
<hr/>		
<hr/>		
33. Bent u de laatste 5 jaar geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Waarvoor (s.v.p. korte omschrijving hiernaast aangeven)		
-Heeft u nog klachten daarvan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Welke (s.v.p. hiernaast aangeven)?		
<hr/>		
<hr/>		

	NEE	JA
34. Gebruikt u nogal eens geneesmiddelen (ook slaapmiddelen, aspirine, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: -Welke? (s.v.p. naam en aantal hiernaast aangeven).		
<hr/>		
35. Zijn één of meer van uw ouders, broers, zussen voor het 55 ^e jaar lijdende (geweest) aan een:		
-Hartinfarct?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Beroerte (hersenvloeding)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Te hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Bronchitis (of astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
36. Heeft u nog iets anders over uw gezondheid op te merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, s.v.p. hiernaast korte omschrijving		
<hr/>		
37. Heeft u ooit gerookt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: Dan kunt u doorgaan naar vraag 38.		
Zo ja: Rookt u nu nog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo nee: Wanneer bent u gestopt:		
-Afgelopen jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-1 tot 5 jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Meer dan 5 jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: Hoeveel sigaretten, shagjes of sigaretjes per dag:		
-Minder dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-10 tot 20?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Meer dan 20?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoeveel pijpen of grote sigaren per dag:		
-Minder dan 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-5 tot 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Meer dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoelang rookt u of rookte u?		
-Korter dan 1 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-1 tot 5 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-5 tot 10 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-10 tot 20 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Langer dan 20 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
38. Drinkt u alcoholische drank (bier, jenever, wijn of dergelijke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja: Hoeveel glazen per week:		
-Minder dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-10 tot 25?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-25 tot 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Meer dan 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
39. Spant u zich lichamelijk wel eens flink in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Tijdens het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-In vrije tijd (bv. sport)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		

	NEE	JA
40. Denkt u dat u in deze lijst klachten heeft genoemd die mogelijk met het werk samenhangen? Zo ja, wilt u hiernaast aangeven: Nummer(s) van de vra(a)g(en), klacht en oorzaak volgens u	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41. Voelt u zich gezond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Zijn alle in deze lijst opgegeven klachten bij uw huisarts of specialist bekend? Zo nee, wilt u hiernaast aangeven: Nummer(s) van de vra(a)g(en), eventueel met korte omschrijving.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Heeft u er bezwaar tegen, dat gegevens van dit onderzoek eventueel naar uw huisarts worden gestuurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Naam : M/V
 (Meisjesnaam :)
 Voorletters :
 Geboortedatum :
 Burgerservicenummer :
 Adres :
 Postcode en woonplaats :

Het formulier dient volledig ingevuld te zijn en voorzien van een handtekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld.

Plaats: _____ Handtekening: _____

Datum: _____

Paraaf onderzoeker:
