

Persoonlijke medische vragenlijst aanvullende medische handelingen



(PMV AMH)

U kunt uw arbeidsarts terugvinden op de volgende link met uw e-ID, een gezamenlijk initiatief van de externe diensten <https://www.seed-connect.be/>. U hebt altijd recht op een spontane raadpleging bij uw arbeidsarts om werkgebonden gezondheidsproblemen te bespreken.

Naam werkgever: _____

INSZ-nummer werknemer: _____

Geboortedatum: _____

Naam: _____

Voornaam: _____

Geslacht: M V X

Kies steeds het antwoord dat het beste past bij uw situatie.					
	uitstekend	zeer goed	goed	behoorlijk	slecht
1. Hoe beoordeelt u uw gezondheid in het algemeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0 dagen	< 1 w	1 w - 1 m	1 m - 3 m	> 3 m
2. Hoeveel dagen bent u ziek geweest de voorbije 12 maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nee			
3. Bent u in de voorbije 12 maanden voor het eerst in behandeling geweest voor:					
a) epilepsie (vallende ziekte) of stuipen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b) suikerziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c) hartziekten of ernstige bloeddrukproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d) bewustzijnsverlies of coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e) abnormale vermoeidheid of slaapneigingen tijdens het werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f) een andere ernstige ziekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
4. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden een ziekte of kwetsuur die u hinderde bij het werken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden gezondheidsklachten die ontstaan zijn of erger geworden zijn door het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kies steeds het antwoord dat het beste past bij uw situatie.					
	zeer tevreden	soms tevreden	neutraal	ontevreden	zeer ontevreden
6. Over uw werk in het algemeen: hoe tevreden bent u over uw job in zijn geheel alles in beschouwing genomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
7. Had u in de voorbije 12 maanden last van pijn of een drukkend gevoel op de borst of in de hartstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige duizeligheid of evenwichtsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden ademhalingsklachten zoals verstopte neus, hoesten, piepen, benauwdheid, kortademigheid die mogelijk veroorzaakt zijn door blootstelling aan scheikundige producten, stof, rook of koude op het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden huidklachten zoals roodheid, jeuk, uitdroging, schilfering die mogelijk veroorzaakt zijn door blootstelling aan scheikundige producten op het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden tijdens of na het werken met trillende, schokkende of kloppende toestellen last van tintelingen of een verdoofd gevoel in de handen gedurende langer dan 20 minuten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige rugpijn waarvoor behandeling noodzakelijk was, tijdens of na het besturen of gebruik van trillende, schokkende of kloppende machines of voertuigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
13. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige pijn, krachtsverlies of bewegingsbeperking waarvoor behandeling noodzakelijk was, en die volgens u veroorzaakt werd door uw werk, in:					
a) de schouders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de ellebogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de polsen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) de vingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kies steeds het antwoord dat het beste past bij uw situatie.					
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
14. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige pijn, krachtsverlies of bewegingsbeperking waarvoor behandeling noodzakelijk was, en die volgens u veroorzaakt werd door uw werk, in:					
a) de heupen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de knieën?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) de enkels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) de voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
15. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige nekpijn of nekblokkering waarvoor behandeling noodzakelijk was, en die volgens u veroorzaakt werd door uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden last van ernstige rugpijn waarvoor behandeling noodzakelijk was en die volgens u veroorzaakt werd door uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hoe vaak voelde u zich de voorbije 12 maanden onrustig, opgejaagd of gestresseerd door het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hoe vaak voelde u zich de voorbije 12 maanden geestelijk uitgeput (u "op" of "leeg" voelen) door het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hoe vaak voelde u zich de voorbije 12 maanden lichamenlijk uitgeput door het werk (uw lichaam is moe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nee			
20. Had u in de voorbije 12 maanden prik-, spat- of bijtongevallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
21. Had u in de voorbije 12 maanden een infectie, ziekte of allergische reactie die volgens u veroorzaakt werd door uw werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
22. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden, omwille van ploegen - of nachtarbeid, volgende klachten:					
a) slaapproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) abnormale vermoeidheid en slaapneigingen tijdens het werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) last van uw spijsvertering? Bijvoorbeeld maagpijn of darmklachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kies steeds het antwoord dat het beste past bij uw situatie.					
	ja	nee			
23. Kreeg u in de voorbije 12 maanden een implantaat ingeplant (bijvoorbeeld pacemaker, interne defibrillator, vaatclip, insulinepomp ...) dat mogelijk gevoelig is voor elektromagnetische straling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	nooit	zelden	soms	vaak	(bijna) altijd
24. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden huidklachten zoals roodheid, jeuk, uitdroging, schilfering die mogelijk veroorzaakt zijn door blootstelling aan glaswol, rotswol of dergelijke op het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hoe vaak had u in de voorbije 12 maanden ademhalingsklachten zoals verstopte neus, hoesten, piepen, benauwdheid, kortademigheid die mogelijks veroorzaakt zijn door blootstelling aan stof afkomstig van planten of dieren (graanstof, houtstof, vlasstof, pluimen ...) op het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nee			
26. Wenst u gecontacteerd te worden door de arbeidsarts in verband met een specifiek werkgebonden probleem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Uw antwoorden worden opgenomen in uw gezondheidsdossier en zijn ter beschikking van de arbeidsarts.