

# PERSOONLIJKE MEDISCHE VRAGENLIJST

## BIJ EERSTE ONDERZOEK

Afspraak op ..... om ..... uur.

Breng uw eID-kaart en vaccinatiegegevens mee.

**Kunt u niet aanwezig zijn op het preventief medisch onderzoek? Verwittig ons dan op tijd.**

Breng deze vragenlijst ingevuld mee naar uw afspraak met IDEWE en geef het af aan de arbeidsarts of de verpleegkundige. Deze persoonlijke vragenlijst is **strikt vertrouwelijk** en valt onder het medisch beroepsgeheim. Hij wordt bewaard in uw gezondheidsdossier.

### Administratieve gegevens WERKGEVER

Naam werkgever/onderneming: .....

Werkgeversnummer IDEWE: .....

### Administratieve gegevens WERKNEMER

Naam: ..... Voornamen: .....

Adres: Straat: ..... Huis- en busnummer: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Geboortedatum: ..... Geslacht:  Man  Vrouw Nationaliteit: .....

INSZ-nummer:

Functie: .....

Preventieprofiel: .....

Contracttype:  arbeider  bediende  uitzendkracht  stagiair  jobstudent  andere

Datum in dienst: ..... Datum uit dienst (indien van toepassing): .....

Studierichting (indien van toepassing): .....

Telefoonnummer: ..... Gsm-nummer: .....

E-mailadres (werk): .....

Burgerlijke staat:  alleenstaand  gehuwd  samenwonend  gescheiden  weduw(e)(naar)

Ziekenfonds: Naam: ..... Verbondsnummer (3 cijfers):

Huisarts: Naam: ..... Telefoonnummer: .....

Adres: .....

Hoeveel uur per week werkt u? .....

## Vaccinatie- en infectiegegevens

Als u over een bepaling van antistoffen beschikt, breng deze resultaten mee.

Als u over een vaccinatiekaart beschikt, kunt u ons best een kopie bezorgen.

		Bent u gevaccineerd tegen volgende aandoeningen? Zo ja, vermeld de vaccinatiegegevens.	Hebt u de ziekte doorgemaakt? Zo ja, specificeer welke ziekte.	Resultaten antistofbepaling
Tedivax (tetanus/klemdifterie)	Laatste vaccinatie		<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> neen	Niet van toepassing
Boostrix (tetanus-difteriekinkhoest)	Laatste vaccinatie		<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> neen	Niet van toepassing
Boostrix - polio (tetanus-difterie-kinkhoest-polio)	Laatste vaccinatie		<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> neen	Niet van toepassing
Hepatitis B (geelzucht)	Min. 3 data		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Anti-HBs: IU/L (+ kopie laboresultaat)
Hepatitis A (geelzucht)	2 data		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Hepatitis A en B (Twinrix)	3 data		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Anti-HBs: IU/L (+ kopie laboresultaat) Antistoffen Hep A:
Rubella (rode hond) Mazelen-bof			<input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> neen	Antistoffen rubella: Antistoffen mazelen: Antistoffen bof:
Varicella (wind-of wijnpokken)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Tuberculose (BCG)			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	Niet van toepassing
Toxoplasmose		Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Cytomegalovirus		Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Hepatitis C (geelzucht)		Niet van toepassing	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
Tuberculinehuidtest		Datum:	Uitslag:	

## Persoonlijke medische voorgeschiedenis

Hebt u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:

		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Hebt u er nu nog last van?	Waren deze klachten werkgebonden?
De ogen? (gezichtsvermogen, vlekken zien, tunnelzicht, cataract, glaucoom,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
De neus, de keel en de oren?	De neus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	De keel? (bijv. heesheid, amandelen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	De oren? (bijv. hardhorig, oorontstekingen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Het hart en de bloedvaten?	Het hart? (bijv. infarct, ritmestoornissen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	De bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	De bloedvaten? (bijv. spataders, aambeien,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Het bloed? (hemofilie, anemie of bloedarmoede,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Longen of luchtwegen? (longontsteking, bronchitis,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Astma?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Allergieën?	Producten? (poetsmiddel, nikkel, juwelen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Hooikoorts? (pollen, gras,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Latex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Voedsel? (schaaldieren,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Dieren? (katten, honden,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Medicatie? (penicilline,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Huid? (eczeem, psoriasis, wratten,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Maag of darmen? (maagzweer, ontsteking, reflux,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Lever? (geelzucht, galproblemen,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nieren of urinewegen? (nierstenen, blaasontsteking,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Bewegingsstelsel?	Beenderstelsel? (breuken,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Rug en nek? (lumbago, discus hernia, blokkage, spierpijnen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Systeemaandoening? (reuma, artrose,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Spieren en/of pezen? (scheur, ontsteking, tenniselleboog, tendinitis,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Geslachtsorganen? (cyste eileider, prostaatproblemen,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Zenuwstelsel? (burn-out, depressie, epilepsie, hoofdpijn,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Hebt u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:

		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Hebt u er nu nog last van?	Waren deze klachten werkgebonden?
Duizeligheid, flauwvallen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schildklier?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Suikerziekte? (diabetes)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infectieziekten? (CMV, HIV, klierkoorts,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Was u ooit slachtoffer van een ongeval?	Privé-ongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Arbeidsongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Prikongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Sportongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Verkeersongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Andere aandoeningen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

### Bent u in behandeling?

Medicatie - geneesmiddelen?  Ja  Neen

Zo ja, noteer welke:

Andere? (Kinesitherapeut, osteopaat, podoloog, logopedist, psycholoog?)  Ja  Neen

Zo ja, noteer welke:

### Voor vrouwen

Bent u momenteel zwanger?  Ja  Neen

Zo ja, datum laatste maandstonden:

Vermoedelijke bevallingsdatum:

Geeft u momenteel borstvoeding?  Ja  Neen

### Rookgewoonte

Niet-roker  Roker  Ex-roker

Roker: Sinds: .....

Welke rookwaar? ..... Hoeveel? ...../dag

Ex-roker: Rookstop sinds: .....

Hulpmiddel? .....

Lichaamsbeweging (in vrije tijd en verplaatsing van of naar werk)

Welke activiteit(en) beoefent u?	Hoeveel minuten (gemiddeld) per week?

Hobby's

Welke hobby's heeft u?	Hoeveel uur (gemiddeld) per week?

Ik heb nog vragen en/of problemen in verband met mijn werk, hierboven niet vermeld, waarvoor ik de arbeidsarts wil spreken.

Ik verklaar hierbij dat ik deze vragenlijst naar best weten en naar waarheid heb beantwoord.

Datum:

Handtekening: