

Vragenlijst offshorekeuring

Persoonsgegevens:

Naam
Adres
Woonplaats
Telefoon
Geboortedatum
Werkgever

Datum laatste offshorekeuring:
Bent u ooit afgekeurd?
Bent u ooit beperkt gekeurd?
Heeft u ooit een ontheffing gehad?

Anamnese:

	Ja	Nee
Bent u ooit blootgesteld aan risico's i.v.m. het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u altijd beschermende kleding, gehoorbescherming en veiligheidsbrillen gedragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u eerder klachten gehad gerelateerd aan het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een bedrijfsongeval gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u ooit medische hulp offshore nodig gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doet u iets aan sport of lichamelijke beweging?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rookt u?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Komen bepaalde aandoeningen frequent voor in uw familie? Zijn er familieleden (jonger dan 60 jaar) bekend met hart- en vaatziekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langere tijd medicijnen gebruikt in het verleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onder controle geweest bij specialisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opnames of operaties?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u op dit moment onder controle bij specialisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruikt u medicijnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiespijn of bloedende tandvlees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gaat u regelmatig naar de tandarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een kunstgebit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onvoldoende zicht aan een of beide ogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een bril of contact lenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw kleurenzien volledig normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachtblindheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ja Nee

Slechthorendheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heeft u een gehoorapparaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn op de borst of hartkloppingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piepende ademhaling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maag zuurbranden? Zwarte ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buikpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wisselende ontlastingspatroon (verstopping en diarree)? Veel afgevallen in de laatste tijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed bij de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bloed in de urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duizeligheid en flauwvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pijn of functiebeperkingen bij het bewegingsapparaat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angst voor hoogte of vliegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slapeloosheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concentratieproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugenstoornissen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stemmingswisselingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermoeidheid en slaperigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huidklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ooit in de tropen geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaccinaties ontvangen voor: DTP, Hep. A, Hep. B, Gele koorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alleen voor vrouwen

Gynaecologische klachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent u zwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toelichtingen

Ik verklaar voorgaande naar waarheid ingevuld te hebben.

Datum:

Plaats:

Handtekening: