

# 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: