



Keuringsvragenlijst

Kies om welke keuring het gaat:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asbest | <input type="checkbox"/> Bodemsaneringskeuring A | <input type="checkbox"/> Adoptiekeuring |
| <input type="checkbox"/> Asbest met PLM | <input type="checkbox"/> Bodemsaneringskeuring B | <input type="checkbox"/> Sportparachutespringen |
| <input type="checkbox"/> Offshore Visitor | <input type="checkbox"/> Bodemsaneringskeuring C | <input type="checkbox"/> Intensieve sport keuring |
| <input type="checkbox"/> Offshore Standaard | <input type="checkbox"/> Persluchtmasker | Anders: |
| <input type="checkbox"/> Offshore ERT | <input type="checkbox"/> Kraanmachinist | <input type="checkbox"/> |

Uw gegevens

Datum Keuring:

Voorletters en Naam:

Geboortedatum

BSN

Adres:

Postcode en Woonplaats:

Telefoonnummer:

GSM:

Werk E-mail:

Privé E-mail:

Naam Werkgever:

Uw huisarts: (indien nodig, voor eventueel overleg)

Naam Huisarts:

Adres Huisarts:

Postcode, Plaats:

Telefoonnummer:

E-mail:

Deze regels zijn voor intern gebruik, gaarne niet beschrijven

Afhandeling	J	N	NVT	Afhandeling	J	N	NVT
Lab verricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kaart mee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lab binnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BB Wn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UB WG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TVRE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	UB Wn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A VRAGENLIJST GEZONDHEIDSTOESTAND

Wilt U **alle** onderstaande vragen s.v.p. beantwoorden door het **Nee** of **Ja** hokje achter de vragen zwart te maken.

	Nee	Ja	
1. Bent U vaak moe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	100
Zo ja : - Bij het opstaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	101
- Na het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	102
- 's Avonds?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	103
2. Bent U vaak slaperig of suf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	104
3. Slaapt U slecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	105
4. Heeft U voortdurend het gevoel, dat U er niet tegenop kunt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	106
5. Heeft U nerveuze klachten (last van "zenuwen")?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	107
Zo ja : - Bent U vaak prikkelbaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	108
- Bent U opgewonden of gejaagd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	109
6. Draagt U een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	115
7. Heeft U klachten over het zien (zelfs als U contactlenzen of Uw bril draagt)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	116
Zo ja : - Bij zien veraf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	117
- Bij zien dichtbij?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	118
8. Heeft U klachten over de oren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	130
Zo ja : - slecht horen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	131
- Oorsuizen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	132
- Loopoor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	133
9. Is Uw neus regelmatig verstopt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	134
Zo ja : - langer dan 3 maanden achter elkaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	135
10. Bent U vaak hees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	136
11. Moet U regelmatig hoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	155
Zo ja : - Moet U gedurende de laatste 2 jaar regelmatig hoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	156
- Hoest U langer dan 3 maanden achter elkaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	157
- Moet U ook slijm ophoesten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	158
12. Heeft U nogal eens last van kortademigheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	159
Zo ja : - In rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	160
- Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	161
- Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	162
- Komt de kortademigheid in aanvallen van benauwdheid (astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	163

	Nee Ja		
13. Heeft U 's nachts vaak last van benauwdheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	180
Zo ja : - Is het noodzakelijk op meer dan één kussen te slapen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	181
14. Heeft U nogal eens pijn of een beklemmend gevoel op de borst of in de hartstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	182
Zo ja : - In rust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	183
- Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	184
- Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	185
- Bij opwindig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	186
- Bij overgang van warmte naar koude?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	187
- Na de maaltijd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	188
15. Moet U 's nachts gewoonlijk meer dan eens plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	189
16. Heeft U 's avonds vaak dikke voeten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	190
17. Heeft U regelmatig klachten in de maagstreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	205
Zo ja : - Maagpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	206
- "Zuur"branden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	207
18. Heeft U regelmatig buikpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	208
Zo ja : - In hevige aanvallen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	209
- Langdurig en zeurend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	210
19. Heeft U regelmatig problemen met de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	211
Zo ja : - Verstopping	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	212
- Diarree?-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	213
- Bloed bij de ontlasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	214
20. Heeft U een breuk (lies-, navel- of andere breuk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	215
21. Heeft U klachten bij het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	216
Zo ja : - Moet U vaak plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	217
- Plast U moeilijk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	218
- Heeft U een branderig gevoel bij het plassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	219
22. Heeft U regelmatig pijn of stijfheid in de bovenste ledematen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	235
Zo ja : - Schouder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	236
- Bovenarm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	237
- Elleboog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	238
- Onderarm?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	239
- Pols?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	240
- Hand of vingers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	241

	Nee Ja		
23. Heeft U regelmatig pijn of stijfheid in de onderste ledematen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	265
- Heup?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	266
- Bovenbeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	267
- Knie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	268
- Onderbeen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	269
- Enkel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	270
- Voet of tenen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	271
24. Heeft U regelmatig pijn of stijfheid in de nek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	290
Zo ja : - Trekt het ergens naartoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	291
25. Heeft U regelmatig pijn of stijfheid in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	292
Zo ja : - Midden in de rug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293
- In de lendestreek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	294
- Trekt het ergens naartoe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	295
26. Heeft U regelmatig last van ernstige hoofdpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	315
Zo ja : - Migraine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	316
27. Bent U vaak duizelig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	317
Zo ja : - Moet U dan gaan zitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	318
- Valt U dan flauw?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	319
- Bent U duizelig bij verandering van houding?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	320
28. Heeft U spataderen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	335
29. Heeft U pijn in de kuit(en) gedurende het lopen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	336
30. Bent U ergens overgevoelig voor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	345
Zo ja , hebt U daarbij last van: de huid (bijv. uitslag, jeuk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	346
- De neus (bijv. loopneus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	347
- De ademhaling (bijv. benauwd, kriebelhoest)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	348
31. Bent U de afgelopen 6 maanden wel eens van Uw werk thuisgebleven wegens ziekte of ongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	349
Zo ja , om wat voor ongeval, ziekte of klacht ging het? (s.v.p. hieronder aangeven)			

	Nee	Ja	
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 (diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	370
- Hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	371
- Hartziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	372
- Vaatziekte (bijv. trombose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	373
- Overgewicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	374
- Overspannenheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	375
- Slapeloosheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	376
- Epilepsie (of vallende ziekte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	377
- Huidziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	378
- Bronchitis (of astma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	379
- Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	380
- Spier- of gewrichtsklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	381
- Langdurige nek- of rugklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	382
- Maag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	383
- Galblaas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	384
- Lever (bijv. geelzucht)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	385
- Nieren of blaas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	386
- Ernstig ongeval?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	387
- Andere ziekten of aandoeningen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	388
Zo ja, welke: (s.v.p. hieronder aangeven)			

Nee Ja

33. Bent U de **laatste 5 jaar** geopereerd?

391

- Waarvoor? (korte omschrijving hieronder s.v.p.)

- Heeft U nog klachten daarvan?

392

- Welke? (s.v.p. hieronder aangeven)

34. Gebruikt U **nogal eens** geneesmiddelen (ook slaapmiddelen, aspirine, enz.)?

395

Zo **ja**, welke (zo mogelijk naam en aantal hieronder aangeven)?

	Nee Ja		
35. Zijn één of meer van Uw ouders, broers, zusters voor het 55 ^e jaar lijdende (geweest) aan een:			
- Hartinfarct?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	400
- Beroerte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	401
- Te hoge bloeddruk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	402
- Suikerziekte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	403
- Bronchitis (of astma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	404
36. Heeft U nog iets anders over Uw gezondheid op te merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	407
Zo ja , s.v.p. hieronder een korte omschrijving			
37. Heeft U ooit gerookt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	410
<u>Zo nee</u> : dan kunt U doorgaan naar vraag 38			
<u>Zo ja</u> : rookt U nog?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	424
<u>Zo nee</u> : wanneer bent U gestopt?			
- afgelopen jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	408
- 1 tot 5 jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	409
- meer dan 5 jaar geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	414
<u>Zo ja</u> : hoeveel sigaretten, shagjes of sigaartjes per dag ?			
- minder dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	411
- 10 tot 20?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	412
- meer dan 20?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	413
Hoeveel pijpen of grote sigaren per dag ?			
- minder dan 5?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	415
- 5 tot 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	416
- meer dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	413
Hoelang rookt of rookte U?			
- korter dan 1 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	419
- 1 tot 5 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	420
- 5 tot 10 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	421
- 10 tot 20 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	422
- langer dan 20 jaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	423

	Nee	Ja	
38. Drinkt U alcoholische drank (bier, jenever, wijn of dergelijke)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	425
Zo ja: hoeveel glazen per week?			
- minder dan 10?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	426
- 10 tot 25?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	427
- 25 tot 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	428
- meer dan 50?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	429
39. Spant U zich lichamelijk wel eens flink in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	435
- Tijdens het werk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	436
- In vrije tijd (bijv. sport)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	437
40. Denkt U, dat U in deze lijst klachten heeft genoemd die mogelijk met het werk samenhangen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	074
Zo ja , wilt U hieronder aangeven: het nummer van de vraag, klacht en oorzaak volgens U.			
41. Voelt U zich gezond?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	075
42. Zijn alle in deze lijst opgegeven klachten bij Uw huisarts of specialist bekend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	076
Zo nee , welke klachten niet (wilt U de nummers die voor de desbetreffende vragen staan hieronder vermelden, eventueel met korte omschrijving)?			
43. Heeft U er bezwaar tegen dat gegevens van dit onderzoek eventueel naar Uw huisarts worden gestuurd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	080