

Coördinatiecentrum Expertise Arbeidsomstandigheden en Gezondheid (CEAG)
Bedrijfsgezondheidszorg regio zuid
Ministerie van Defensie

Postbus 33 5688 ZG Oirschot

Bezoekadres:
Generaal Maj De Ruyter van Stevenick Kazerne
Eindhovensedijk 26
5688 GN Oirschot
Geb 145 2^e Etage

T +31 (0)40 - 266 6148
MDTN *06 549 66148

Inlichtingenformulier

Uitsluitend bestemd voor een periodiek onderzoek

Door de medewerker persoonlijk in te vullen en te ondertekenen

Achternaam, voorletters	
	voor gehuwde vrouw hier de meisjesnaam
Registratienummer ID nr	
Geslacht	<input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw
Geboortedatum en -plaats	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Werkgever	
Afdeling + standplaats	
Functie	

Gaarne alle vragen beantwoorden

1. Wie is uw huisarts?	_____	S.v.p. naam, adres en
	_____	telefoonnummer
	_____	vermelden

Vragen m.b.t. de werksituatieS.v.p. aankruisen wat
van toepassing is.

Geef in deze kolom zonodig een toelichting

2. Is er bij uw werk sprake van de volgende factoren?			
- lawaai	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- trillingen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- hitte	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- koude	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- ioniserende straling	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- niet-ioniserende straling	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
- chemische stoffen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
3. Zijn er volgens u voldoende beschermende hulpmiddelen/voorzieningen?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
4. Is er een rampenplan?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
5. Bent u opgewassen tegen de lichamelijke inspanning die uw functie vraagt?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
6. Bent u opgewassen tegen de geestelijke inspanning die uw functie vraagt?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
7. Is de aard van de werkzaamheden sedert het laatste onderzoek gewijzigd?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
8. Heeft u i.v.m. uw werk en/of werksituatie nog andere bijzonderheden te vermelden?			
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

A**Vragen m.b.t. de algemene gezondheidstoestand**S.v.p. aankruisen wat
van toepassing is.

Geef in deze kolom zonodig een toelichting

9. Voelt u zich gezond?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
10. Bent u thans onder doktersbehandeling	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
11. Bent u sedert het laatste onderzoek door een medisch specialist onderzocht of behandeld?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
12. Heeft u sedert het laatste onderzoek een ongevalsletsel opgelopen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
Zo ja, welke?			
13. Heeft u sedert het laatste onderzoek een operatie ondergaan?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
14. Gebruikt u een dieet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
15. Rookt u?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
16. Gebruikt u alcoholhoudende drank(en)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
17. Gebruikt u wel eens verdovende of stimulerende middelen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
18. Gebruikt u medicijnen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
19. Beoefent u lichamelijke sport?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
20. Draagt u een bril of contactlenzen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

B**Heeft u sedert het laatste onderzoek een van de volgende aandoeningen of klachten gehad?**

Alleen van toepassing indien de klacht herhaald optrad of langer dan 2 weken geduurd heeft.

S.v.p. aankruisen wat van toepassing is

Geef in deze kolom zonodig een toelichting

21. Aanzienlijke toe-/afname in gewicht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
22. Bloedarmoede?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
23. Huidaandoening?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
24. Suikerziekte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
25. Schildklieraandoening?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
26. Andere hormonale stoornis(sen)?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
27. Tropische ziekten? (malaria/dysenterie e.d.)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
28. Infectieziekten? (anders dan griep of kinderziekten)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

C

29. Keel-, neus- of ooraandoeningen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
30. Evenwichtsstoornissen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
31. Oorsuizen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
32. Verminderde gehoorscherppte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
33. Hooikoorts?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
34. Overgevoeligheid voor bepaalde stoffen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
35. Oogziekten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
35a. Verminderde gezichtsscherpte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
36. Reuk- of smaakstoornissen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

D

37. Hoesten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
38. Opgeven van slijm en/of bloed?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
39. Kortademigheid?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
40. Astmatische bronchitis?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
41. Chronische bronchitis?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
42. Longontsteking?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
43. Longtuberculose?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
44. Pleuritis? (borstvliesontsteking)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

E

45. Hartklachten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
46. Pijn/drukkend gevoel op de borst?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
47. Spataderen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
48. Aderontsteking?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
49. Trombose?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
50. Hoge bloeddruk?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
51. Pijn in de kuit(en) bij het lopen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

F

52.Maagklachten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
53.Geelzucht?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
54.Galstenen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
55.Darmstoornissen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
56.Onregelmatige ontlasting?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
57.Herhaaldelijk diarree?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
58.Bloed bij de ontlasting?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

G

59.Nieraandoening?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
60.Blaasontstekingen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
61.Nierstenen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
62.Ongewenst urineverlies?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
63.Bloed bij de urine?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

H

64.Aandoeningen van een of meer gewrichten, anders dan ten gevolge van een ongeval?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
65.Spierziekten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
66.Rugklachten zoals spit, hernia of ischias?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
67.Aandoeningen van de wervelkolom?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
68.Pijn in nek, schouder of elleboogstreek?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

I

69.Hoofdpijn?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
70.Slaapstoornissen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
71.Verlammingen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
72.Tintelen/verdoofd gevoel in de ledematen?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
73.Epilepsie? (toevallen of stuipen)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
74.Hersenschudding?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
75.Hersenvliesontsteking?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
76.Wagenziekte of zeeziekte?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

J

77.Psychische aandoeningen? (overspanning)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
78.Bent u sedert het laatste onderzoek voor psychische problemen in begeleiding geweest?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
79.Hyperventilatie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
80.Ruimtevrees of engtevrees?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
81.Hoogtevrees?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	
82.Watervrees?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nee	

K

83. Lijdt u of heeft u sedert het laatste onderzoek geleden aan niet op dit formulier genoemde aandoeningen?	O ja	O nee	

De ondergetekende verklaart dat de voorgaande vragen naar beste weten zijn beantwoord.

Ondertekening

Datum _____

Handtekening _____

Deze ruimte is bestemd voor toelichting door de bedrijfsarts.

Datum _____

Naam bedrijfsarts _____

