

NAAM EN VOORNAAM: BEDRIJF:
 GEBOORTEDATUM: WERKGEVERSNUMMER:
 RIJKSREGISTERNUMMER:

Medische vragenlijst

Het doel van het arbeidsgeneeskundig onderzoek is te voorkomen dat u arbeid zou verrichten die uw gezondheid kan schaden. Het hulpmiddel hiertoe is deze persoonlijke vragenlijst, die u zo volledig mogelijk dient in te vullen. De antwoorden worden strikt **VERTROUWELIJK** behandeld en maken deel uit van het medisch dossier.

VORIGE (STUDENTEN) JOBS

| <i>Bedrijf</i> | <i>Aard van het werk</i> | <i>van - tot</i> |
|----------------|--------------------------|------------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |

FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS

Lijdt of leed iemand van uw verwanten aan:

- astma :
- eczeem :
- hooikoorts :
- suikerziekte :

PERSOONLIJKE VRAGENLIJST

| Vragenlijst | Ja | Neen | Commentaar |
|--|----|------|------------|
| - Rook je of heb je gerookt? | | | |
| - Doe of deed je aan sport? | | | |
| - Gebruik je alcohol? | | | |
| - Gebruik je drugs? | | | |
| - Heb je aangeboren aandoeningen? | | | |
| - Heb je ooit een ongeval gehad? | | | |
| - Heb je ooit een invaliditeit toegekend gekregen? Zo ja, hoeveel %? % | | | |
| ZINTUIGEN | | | |
| - Draag je een bril of contactlenzen? | | | |
| - Heb je iets aan je ogen (gehad)? | | | |
| - Heb je iets aan je oren (gehad)? | | | |
| - Zit je regelmatig in een lawaaierige omgeving? | | | |
| ADEMHALINGSSTELSEL | | | |
| - Ben je dikwijls verkouden? | | | |
| - Hoest je dikwijls? | | | |
| - Heb je ooit astma gehad? | | | |
| - Heb je ooit hooikoorts gehad? | | | |
| - Heb je regelmatig last van je luchtwegen? | | | |



| | | | |
|--|--|--|--|
| ENDOCRINOLOGISCH | | | |
| - Heb je een schildklieraandoening? | | | |
| - Heb je suikerziekte? | | | |
| | | | |
| HART- en BLOEDVATEN | | | |
| - Heb je een hartziekte? | | | |
| - Heb je soms een beklemmend gevoel bij inspanningen? | | | |
| | | | |
| BUIK- en URINAIR STELSEL | | | |
| - Heb je een maag- of darmziekte? (gehad) | | | |
| - Heb je een leverziekte? (gehad) | | | |
| - Heb je een nier- of blaasziekte? (gehad) | | | |
| - Heb je ooit eiwit, suiker of bloed in je urine gehad? | | | |
| - Ben je op dit ogenblik zwanger? | | | |
| | | | |
| ZENUWSTELSEL | | | |
| - Ben je vaak duizelig? | | | |
| - Ben je ooit bewusteloos geweest? | | | |
| - Heb je epilepsie? | | | |
| - Ben je in behandeling bij een psycholoog/psychiater? (geweest) | | | |
| | | | |
| BEENDERSTELSEL | | | |
| - Heb je last van je rug? (gehad) | | | |
| - Heb je last van spier- of gewrichtspijnen? | | | |
| - Heb je een liesbreuk gehad? | | | |
| | | | |
| HUID | | | |
| - Heb je last van huiduitslag na contact met bepaalde stoffen? | | | |
| - Ben je voor een huidaandoeningen behandeld geweest? | | | |
| | | | |
| VARIA | | | |
| - Ben je ooit in het ziekenhuis opgenomen? | | | |
| - Gebruik je geneesmiddelen? Zo ja, welke? | | | |
| - Volg je een dieet? Zo ja, welk? | | | |
| - Lijdt je aan een andere ziekte die nog niet werd vermeld? | | | |

| INENTINGEN | Ja | Neen |
|---|---------------------|-------------|
| - tetanos | Wanneer: | |
| - rode hond = rubella | Wanneer: | |
| - hepatitis A: naam van het vaccin: | Wanneer: | |
| | 1° ----- | |
| | 2° ----- | |
| | 3° ----- | |
| - hepatitis B: naam van het vaccin | Wanneer: | |
| | 1° ----- | |
| | 2° ----- | |
| | 3° ----- | |
| | Herhaling: ----- | |
| Is er een bloedname voor antistofbepaling voor hepatitis B gebeurd? | Wanneer: Waarde: | |
| Heb je een tuberculostest gehad? | Wanneer: | |

Ik verklaar dat ik bovenstaande vragen geheel naar beste weten en naar waarheid heb beantwoord:

DATUM:

PLAATS:

HANDTEKENING:



Formulier in te vullen door de ouder(s)/voogd van personen jonger dan 18 jaar

Vaccin(s) en/of een tuberculinehuidtest kunnen gezet worden ter gelegenheid van het gezondheidsonderzoek zo uit de resultaten van de risicoanalyse blijkt dat er zich een risico kan voordoen tijdens de stage of op het werk.

Het weigeren van deze test/vaccin(s) kan als gevolg hebben dat de jongere niet wordt toegelaten op de stageplaats/tewerkstellingsplaats.

Voor personen jonger dan 18 jaar moeten de ouder(s) of de voogd de goedkeuring geven voor het zetten van ondervermelde test/vaccin(s).

| VACCINATIE/TEST | Naam vaccin | Akkoord (*) | Niet akkoord (*) | Reden van bezwaar |
|---------------------|-------------|-------------|------------------|-------------------|
| TETANUS/DIFTERIE | TEDIVAX | | | |
| HEPATITIS A | HAVRIX | | | |
| HEPATITIS B | ENGERIX | | | |
| HEPATITIS A EN B | TWINRIX | | | |
| TUBERCULINEHUIDTEST | | | | |
| | | | | |

(*) kruis aan wat van toepassing is

Ondergetekende,, ouder/voogd (°) van geeft de toelating tot het zetten van bovenvermelde tuberculinetest en/of vaccin(s) bij zijn/haar zoon/dochter (°) zo uit de resultaten van de risicoanalyse blijkt dat er zich een risico kan voordoen tijdens de stage of op het werk.

(°) schrappen wat niet van toepassing is

Handtekening:

Datum:

