

Afspraak op \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur.

Gelieve uw SIS-kaart en vaccinatiegegevens mee te brengen.

**Indien u niet aanwezig kan zijn op het preventief medisch onderzoek, gelieve dan tijdig te verwittigen.**

Gelieve deze vragenlijst ingevuld mee te brengen naar uw afspraak met Groep IDEWE en af te geven aan de arbeidsgeneesheer of de verpleegkundige. Deze persoonlijke vragenlijst is **strikt vertrouwelijk** en valt onder het medisch beroepsgeheim. Hij wordt bewaard in uw gezondheidsdossier.

# Persoonlijke medische vragenlijst

## Bij eerste onderzoek

### 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-mail adres (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

Indien u over een bepaling van antistoffen beschikt, gelieve deze resultaten mee te brengen.  
Indien u over een vaccinatiekaart beschikt, kan u ons best een kopie bezorgen.

		Bent u gevaccineerd tegen volgende aandoeningen? Zo ja, vermeld de vaccinatiedata.	Heeft u de ziekte doorgemaakt? Zo ja, specificeer welke ziekte	Resultaten antistofbepaling
Tedivax (tetanus/klem-difterie)	Laatste vaccinatie	_____	<input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> neen	Niet van toepassing
Boostrix (tetanus-difterie-kinkhoest)	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

Heeft u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:

		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Heeft 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? (longonsteking, 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"/>	_____	_____	_____

Heeft u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:					
	Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Heeft u er 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 arbeidsgeneesheer wens te spreken.

Ik verklaar hierbij dat ik deze vragenlijst naar best weten en naar waarheid heb beantwoord.

Datum: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_