

Vragenlijst offshorekeuring

Persoonsgegevens:

Naam + voorletters

Adres

PC + woonplaats

Tel.nr.

Geboortedatum

Naam + adres werkgever

Datum laatste offshorekeuring:

Lid brandweerteam? Ja/ Nee

Anamnese:

Roekt u, zo ja hoeveel per dag?

ja _____ nee

Indien gestopt per wanneer?

Hoeveel alcohol gebruikt u per week?

Overgevoeligheid/ allergie? Zo ja, waarvoor?

ja _____ nee

Heeft u altijd beschermende kleding,
gehoorbescherming en veiligheidsbrillen gedragen?

ja nee

Heeft u eerder klachten gehad gerelateerd aan het werk?

ja nee

Heeft u ooit een bedrijfsongeval gehad?

ja nee

Heeft u eerder een audiologisch onderzoek gehad?

ja nee

Heeft u eerder een longfunctieonderzoek gehad?

ja nee

Heeft u ooit werk moeten verzuimen door ziekte?

ja nee

Heeft u ooit medische hulp offshore nodig gehad?

ja nee

Gaat u regelmatig naar de tandarts?

ja nee

Wanneer was uw laatste bezoek?

Last van bloedend tandvlees?

ja _____ nee

Heeft u een kunstgebit?

ja nee

Gebruikt u medicatie?

ja _____ nee

Vaccinaties ontvangen voor:

DTP, Hep. A, Hep. B, Gele koorts

Ruimte commentaar, toevoeging keurend arts:

Heeft u ooit **klachten** gehad van:

Of heeft u in de familie iemand die aan onderstaande ziekten lijdt?

Hartklachten/ pijn op de borst	ja / nee
Hoge bloeddruk	ja / nee
Astma / epilepsie / suikerziekte	ja / nee
Maagzweer	ja / nee
Nierstenen	ja / nee
Psychiatrische aandoening	ja / nee
Tuberculose	ja / nee
Kanker	ja / nee

Heeft uzelf een van onderstaande klachten of ziekten gehad?

Rugpijn, extreme spierpijn	ja / nee
Hernia	ja / nee
Onvoldoende zicht aan een of beide ogen	ja / nee
Perforatie trommelvlies	ja / nee
Darmklachten / obstipatie / diarree	ja / nee
Leverontsteking / galstenen	ja / nee
Bloed bij de ontlasting / aambeien	ja / nee
Kortademigheid / bloed ophoesten	ja / nee
Bronchitis	ja / nee
Bloed in de urine	ja / nee
Hoofdpijnen / migraine / duizeligheid	ja / nee
Spataderen	ja / nee
Huidaandoening (eczeem)	ja / nee
Operaties	ja / nee
Angst voor hoogte of vliegen	ja / nee
Tropische ziekten	ja / nee
Alcohol of drugsverslaafd	ja / nee

Alleen voor vrouwen

Gynaecologische problemen	ja / nee
Gecomplieerde zwangerschappen	ja / nee
Datum laatste menstruatie

Ruimte bevindingen, commentaar, toevoegingen keurend arts:

Naam:

Ik verklaar voorgaande naar waarheid en beste weten te hebben ingevuld. Ik ga er mee akkoord dat de resultaten van het medisch onderzoek naar de medisch officier van de werkgever worden gezonden, indien gevraagd. Ik accepteer de overdracht van mijn medisch dossier naar artsen die werken voor de maatschappij waar ik in dienst wil gaan of ben. Verzwijgen van medische problemen kan leiden tot ontslag.

Datum:

Plaats:

Handtekening keurling: