

Afspraak op _____ om _____ uur.

Gelieve uw eID-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 verpleegkundige. Deze persoonlijke vragenlijst is **strikt vertrouwelijk** en valt onder het medisch beroepsgeheim. Hij wordt bewaard in uw gezondheidsdossier.

Persoonlijke medische vragenlijst

Gerichte preventie

Administratieve gegevens WERKGEVER

Naam werkgever/onderneming: _____

Werkgeversnummer IDEWE: _____

Administratieve gegevens WERKNEMER: gelieve alleen de veranderingen t.o.v. het vorig medisch onderzoek in te vullen

Naam: _____ Voornamen: _____

Adres: Straat: _____ Huis- en busnummer: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

Geboortedatum: _____ Geslacht: Man Vrouw Nationaliteit: _____

INSZ-Nummer: _____

Functie: _____

Preventieprofiel: _____

Datum in dienst: _____ Datum uit dienst (indien van toepassing): _____

Telefoonnummer: _____ GSM-nummer: _____

E-mail adres (werk): _____

Burgerlijke staat: alleenstaand gehuwd samenwonend gescheiden weduw(e)(naar)

Ziektefonds: Naam: _____ Verbondsnummer (3 cijfers): _____

Huisarts: Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Is uw jobinhoud veranderd sinds uw vorig onderzoek bij Groep IDEWE? ja neen

Verklaar: _____

Hoeveel uur per week werkt u? _____

Kreeg u vaccinaties sinds het vorig onderzoek? Breng uw vaccinatiekaart mee.

		Vaccinatiedata	Resultaten antistofbepaling
Tedivax (tetanus/klem-difterie)	Laatste vaccinatie	_____	Niet van toepassing
Boostrix (tetanus-difterie-kinkhoest)	Laatste vaccinatie	_____	Niet van toepassing
Boostrix - polio (tetanus-difterie-kinkhoest-polio)	Laatste vaccinatie	_____	Niet van toepassing
Hepatitis B (geelzucht)	Min 3 data	_____ _____ _____	Anti-HBs: _____ IU/L (+ kopie laboresultaat)
Hepatitis A (geelzucht)	2 data	_____ _____	_____
Hepatitis A en B (Twinrix)	3 data	_____ _____ _____	Anti-HBs: _____ IU/L (+ kopie laboresultaat) Antistoffen Hep A: _____
Andere, specificeer: _____ _____	Laatste vaccinatie	_____ _____	_____ _____

Had u sinds uw vorige periodieke onderzoek bij IDEWE last 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"/>	_____	_____	_____

Had u sinds vorig periodiek onderzoek last van?

		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Heeft u er nu nog last van?	Waren deze klachten werkgebonden?
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"/>	_____	_____	_____
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 sinds uw vorig onderzoek bij IDEWE 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: _____