

De werknemer moet dit formulier ingevuld en ondertekend meebrengen naar het onderzoek.  
 Al de verstrekte gegevens zijn strikt vertrouwelijk en blijven bewaard onder het medisch beroepsgeheim.

NAAM   
 VOORNAAM   
 GESLACHT  MAN  VROUW  
 NATIONALITEIT   
 STRAAT  NR   
 POSTCODE  PLAATS   
 RIJKSREGISTERNUMMER  .  .  -  .   
 GEBOORTEDATUM  /  /  (DD/MM/JAAR)  
 GEBOORTEPLAATS   
 BURGELIJKE STAAT  ALLEENSTAANDE  GEHUWD  SAMENWONEND  GESCEIDEN  
 HUISARTS  DR.  (NAAM)  
 (ADRES)  
 WERKGEVER   
 FUNCTIE   
 IN DIENST SINDS  /  /  (DD/MM/JAAR)

- Heeft U aangeboren ziekten of afwijkingen? ja  nee   
 Zo ja: Welke?
- Heeft U vroeger ongevallen gehad met eventuele gevolgen? ja  nee   
 Zo ja: Welke?  (b.v. beenbreuk, hersenschudding, ...)
- Heeft U ernstige ziekten doorgemaakt? ja  nee   
 Zo ja: Welke?  (b.v. vallende ziekte, tuberculose, astma, ...)
- Heeft U reeds operaties ondergaan? ja  nee   
 Zo ja: Welke?   (JAAR)
- Bent U reeds van werk of functie moeten veranderen wegens gezondheidsredenen? ja  nee
- Hoe dikwijls was U het laatste jaar thuis wegens ziekte?   
 Hoelang was U afwezig wegens ziekte?  MAANDEN  DAGEN

Persoonlijk

- Bent U momenteel in behandeling? ja  nee

Zo ja: Waarvoor?
- Heeft U ooit ernstige arbeidsongevallen gehad? ja  nee

Zo ja, welke?      (JAAR)
- Heeft U hoogtevrees? ja  nee
- Heeft U angst voor werken in besloten of kleine ruimtes? ja  nee
- Zijn er allergieën bekend? ja  nee

Zo ja, welke?
- Heeft U een gevoelige huid? ja  nee
- Draagt U een bril of contactlenzen? ja  nee
- Neemt U regelmatig geneesmiddelen? ja  nee

Zo ja, welke?
- Lijdt U aan een maag- of darmaandoening? ja  nee

Zo ja, welke?
- Heeft U regelmatig last van hoesten, overgevoelige luchtwegen? ja  nee
- Heeft U vallende ziekte (epilepsie)? ja  nee
- Heeft U regelmatig rug- en/of nekklachten? ja  nee
- Heeft U regelmatig peesontstekingen (tenniselleboog, ...)? ja  nee
- Lijdt U aan reuma, artrose of andere gewrichtsaandoeningen? ja  nee
- Heeft U geregeld nerveuze klachten of bent U vlug overspannen? ja  nee
- Lijdt U aan suikerziekte (diabetes mellitus)? ja  nee
- Zijn er gehoorstoornissen of aandoeningen van het oor? ja  nee
- Heeft U last van evenwichtstoornissen? ja  nee
- Voelt U zich snel kortademig bij inspanning? ja  nee
- Heeft of had U ooit aandoeningen van de nieren of het urinestelsel? ja  nee

Gelieve hieronder de data van uw vaccinaties in te vullen of breng uw vaccinatiekaart mee naar het onderzoek!

VACCINATIES	DATUM				TITER	voldoende antistoffen
	Eerste	Tweede	Derde	Rappel		
Tetanus('de klem')/Difterie/Pertussis (Tevax, Tektivax, Boostrix)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
Hepatitis A (Havrix, Epexal)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis B (Engerix)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	IU/L	ja <input type="checkbox"/>
Hepatitis A en B (Twinrix)	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		
Overige	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>		

Ingevuld naar best geweten, op

/  /

Handtekening: