

# Vragenlijst offshore

Naam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode / Woonplaats	
E-mail	
Telefoonnummer	06-
Werkgever	
Functie	

## Gegevens vorige keuringen

**Zo ja, geef toelichting**

Bent u ooit afgekeurd/ beperkt goedgekeurd?	Ja / Nee
Laatste keuring	

## Anamnese In te vullen door kandidaat

**Vermeld bijzonderheden of geef toelichting**

1. Zijn er werkzaamheden waarvan u zich niet in staat voelt ze uit te voeren?	Ja / Nee
2. Heeft u ooit meer dan 14 dagen werk moeten verzuimen wegens ziekte?	Ja / Nee
3. Hebt u ooit een ongeval gehad?	Ja / Nee
4. Bent u ooit geopereerd?	Ja / Nee
5. Kunt u handen en voeten normaal gebruiken, zowel wat betreft beweging als gevoel?	Ja / Nee
6. Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen?	Ja / Nee
7. Hebt u last van nachtblindheid?	Ja / Nee
8. Hebt u een bril of contactlenzen?	Ja / Nee
9. Is uw kleuzien volledig normaal?	Ja / Nee
10. Hebt u een operatie of een laserbehandeling van de ogen gehad?	Ja / Nee
11. Hebt u een gehoorapparaat?	Ja / Nee
12. Gebruikt u medicijnen en zo ja welke?	Ja / Nee
13. Drinkt u alcohol en zo ja, hoeveel per week?	Ja / Nee
14. Rookt u en zo ja, hoeveel per dag?	Ja / Nee sigaretten/ sigaren: ooit gestopt? Ja/Nee
15. Hebt u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt?	Ja / Nee
16. Bent u zwanger en zo ja, datum bevalling?	Ja / Nee
17. Hebt u klachten rond de menstruatie?	Ja / Nee
18. Wat is de datum laatste bezoek tandarts.	
19. Wat doet u aan sport of andere lichaamsbeweging?	

**Heeft u of heeft u klachten gehad van:****Zo ja, geef toelichting**

20.Suikerziekte	Ja / Nee
21.Kanker	Ja / Nee
22.Schildklieraandoening	Ja / Nee
23.Besmettelijke ziekte, tropische ziekte	Ja / Nee
24.Tuberculose	Ja / Nee
25.Trombose of embolie	Ja / Nee
26.Beroerte	Ja / Nee
27.Epilepsie, toevallen of stuipen	Ja / Nee
28.Psychische problemen	Ja / Nee
29.Drankprobleem	Ja / Nee
30.Overspannenheid, depressies	Ja / Nee
31.Hoogte -/ruimte- / engtevrees	Ja / Nee
32.Slapeloosheid	Ja / Nee
33.Slaapwandelen, bedplassen	Ja / Nee
34.Huidziekte, eczeem	Ja / Nee
35.Liesbreuk	Ja / Nee
36.Spataderen, aambeien	Ja / Nee
37.Duizeligheid of vaak hoofdpijn	Ja / Nee
38.Flauwvallen	Ja / Nee
39.Verminderd zien of wazig zien	Ja / Nee
40.Verminderd gehoor of oorsuizen	Ja / Nee
41.Kortademigheid of vaak hoesten,	Ja / Nee
42.Astma, bronchitis	Ja / Nee
43.Hoge bloeddruk	Ja / Nee
44.Hart aandoening	Ja / Nee
45.Pijn op de borst, hartkloppingen	Ja / Nee
46.Dikke voeten, vooral 's avonds	Ja / Nee
47.Maagpijn, vaak misselijk of slechte eetlust	Ja / Nee
48.Vaak buikpijn, buikkrimp	Ja / Nee
49.Zwarte of verkleurde ontlasting	Ja / Nee
50.Perseren of pijn bij het plassen	Ja / Nee
51.Ernstige rugpijn. Uitstraling?	Ja / Nee
52.Pijn in armen of benen	Ja / Nee
53.Botbreuken, ontwrichting	Ja / Nee
54.Ernstige zeeziekte	Ja / Nee
55.Komen er hartaandoeningen in de familie voor?	Ja / Nee

**Eventuele toelichting:**

.....

.....

.....

.....

.....

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats en datum

Handtekening