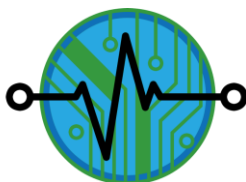


Wulp Medisch Advies  
wij keuren GOED



**Medisch geheim**

**Periodiek**

**Arbeidsgezondheidskundig Onderzoek**

In verband met werken in en met vuile grond.

Conform richtlijnen CROW -publicatie

## Persoonsgegevens

Achternaam

Voornaam

Geboortedatum

BSN

Geslacht

vrouw

man

Verzekering

Verz. Nr

Tel. nummer

Wat is de hoogste opleiding die u heeft genoten?

basisonderwijs  VMBO /LBO  MBO / MAVO  HAVO / VWO  HBO  Universitair

Hoeveel jaar werkt u al bij deze organisatie

Aantal jaar : .....

Wat is de aard van uw dienstverband?

vaste aanstelling  Tijdelijke aanstelling  anders

Hoeveel uur werkt u per week (volgens het arbeidscontract)?

Aantal uur : .....

Werkt u in:

dagdienst  avonddienst  nachtdienst  onregelmatig / ploegendienst  anders

Heeft u een leidinggevende functie?

ja  nee

Wat is uw functie?

Op welke afdeling werkt u?

<b>A. Algemene gezondheid</b>			
Bent u wel eens gekeurd voor:		JA	NEE
00	Een beroep of een baan?		
01	Verzekering?		
02	Militaire dienst?		
03	Sport?		
04	Bent u voor een of meerdere van bovenstaande keuringen afgekeurd?		
05	Bent u vaak moe?		
06	Bent u vaak slaperig of suf?		
07	Slaapt u slecht?		
08	Heeft u nerveuze klachten (last van zenuwen)?		
10	Heeft u regelmatig last van hoofdpijn?		
11	Heeft u regelmatig moeite om u te concentreren?		
12	Heeft u regelmatig moeite met onthouden?		
13	Heeft u regelmatig klachten in de maagstreek?		
14	Heeft u nogal eens pijn of een beklemend gevoel op de borst of in de hartstreek?		
15	Heeft u klachten over het zien (zelfs indien u contactlenzen of een bril draagt)?		
16	Heeft u regelmatig last van vermoeide of branderige ogen?		
17	Heeft u moeite met horen?		
18	Bent u vaak hees?		
19	Heeft u regelmatig klachten van de neus (verstopping, loopneus, niezen)?		
20	Heeft u regelmatig klachten van luchtwegen (hoesten, piepen, benauwdheid)?		
21	Bent u bij lichamelijke inspanning meestal snel buiten adem?		
22	Heeft u regelmatig last van een droge huid of van eczeem?		
23	Is uw huid overgevoelig voor bepaalde stoffen of materialen?		
24	Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in nek, schouder of armen?		
25	Heeft u regelmatig pijn of stijfheid in rug of benen?		
26	Heeft u klachten over uw gezondheid die in de voorgaande vragen niet aan bod zijn gekomen		
27	Heeft u zich wel eens ziek gemeld voor één of meerdere van deze klachten?		
28	Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?		
29	Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?		
30	Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?		
31	Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?		
Bent u de laatste vijf jaar onder behandeling geweest voor:		JA	NEE
32	Suikerziekte		
33	Hoge bloeddruk		
34	Hart- of vaatziekte		
35	Overspannenheid		
36	Vallende ziekte (epilepsie)		
37	Slapeloosheid		
38	Huidziekte		
39	Bronchitis of astma		
40	Spier –of gewrichtsklachten		
41	Langdurige nek –of rugklachten		
42	Maagklachten		
43	Galblaas		
44	Lever (bijvoorbeeld geelzucht)		
45	Bedrijfsongeval		
46	Ernstig ongeval anders dan een bedrijfsongeval (bijvoorbeeld auto ongeval)		
47	Gebruikt u regelmatig geneesmiddelen, medicijnen?		
48	Gebruikt u slaappillen?	JA	NEE
49	Zijn er broers of zusters voor het 50 <sup>e</sup> jaar lijdende geweest aan een hartinfarct?		
50	Zijn er broers of zusters voor het 50 <sup>e</sup> jaar lijdende geweest aan een hersenbloeding?		
51	Te hoge bloeddruk?		

52	Suikerziekte?		
53	Bronchitis of astma?		
Stond u ooit onder controle van een consultatiebureau voor:		JA	NEE
54	Tuberculose		
55	Reuma		
56	Alcohol of drugs		
Bent u wel eens opgenomen in een:		JA	NEE
57	Ziekenhuis		
58	Sanatorium		
59	Zenuwinrichting		
60	Heeft u last van hoogtevrees?		
61	Bent u kleurenblind?		
62	Bent u ooit in de tropen geweest?		
Heeft u wel eens een ziekte gehad die door het beroep werden veroorzaakt		JA	NEE
63	Beroepseczeem?		
64	Vergiftiging?		
65	Stoflongen?		
66	Andere beroepsziekten		
67	Bent u wel eens om gezondheidsredenen van werk veranderd?		
<b>B. Leefgewoonten</b>			
		JA	NEE
01	Doet u aan sport waarbij u zich lichamelijk inspant?		
02	Beperkt u de hoeveelheid vet in uw voeding?		
03	Neemt u meestal rustig de tijd om te eten?		
04	Rookt u?		
05	Rookt u meer dan 20 sigaretten, shagjes of sigaartjes per dag?		
06	Drinkt u alcoholische drank?		
07	Drinkt u meer dan 3 glazen alcoholische drank per dag?		
08	Voelt u zich gezond?		

<b>C. Bewegingsapparaat</b>			
Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?		JA	NEE
01	Pijn, ongemak of een stijf gevoel boven of midden in de rug		
02	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de rug		
03	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de heupen of bovenbenen		
04	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in de knie		
05	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in onderbenen, enkels of voeten		
06	Krachtsverlies in benen en voeten		
07	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in nek of schouders		
08	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in armen, polsen of ellebogen		
09	Pijn, ongemak of een stijf gevoel in handen of vingers		
10	Tintelingen, zwellingen of doof gevoel in armen, handen of vingers		
11	Krachtsverlies in armen, handen of vingers		
12	Heeft u zich wel eens ziek gemeld voor één of meerdere van deze klachten?		
13	Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?		
14	Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?		
15	Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?		
16	Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?		
<b>D. Luchtwegen</b>			
Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?		JA	NEE
01	Twee weken of langer achtereen een verstopte neus, loopneus of niezen		
02	Twee weken of langer achtereen hees of verlies van stem		
03	Twee weken of langer achtereen hoesten		
04	Twee weken of langer achtereen slijm ophoesten		
05	Piepen op de borst		
06	Kortademigheid in rust		
07	Aanvallen van benauwdheid		
08	Nachtelijke benauwdheid		
09	Heeft u zich wel eens ziek gemeld voor één of meerdere van deze klachten?		
10	Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?		
11	Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?		
12	Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?		
13	Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?		
<b>E. Huid</b>			
Heeft u de afgelopen twaalf maanden één of meer van de volgende klachten gehad?		JA	NEE
01	Jeukende vingers, handen of armen met kloofjes		
02	Rode vingers, handen of armen met kloofjes		
03	Ruwe of schilferende vingers, handen of armen met kloofjes		
04	Blaasjes op vingers, handen of armen		
05	Rode vlekken in het gezicht		
06	Opgezwollen oogleden of zwellingen in het gezicht		
07	Schilferende of jeukende plekken in het gezicht		
08	Blaasjes in het gezicht		
09	Heeft u zich wel eens ziek gemeld voor één of meerdere van deze klachten?		
10	Wordt één of meerdere van deze klachten veroorzaakt door uw werk?		
11	Verergert één of meerdere van deze klachten door uw werk?		
12	Hindert één of meerdere van deze klachten u in uw werk?		
13	Vermindert of verdwijnt één of meerdere van deze klachten na vrije dagen of vakantie?		
<b>F. Fysieke belasting invullen</b>			
<b>(invullen indien u productiewerkzaamheden uitvoert)</b>		JA	NEE
01	Moet u vaak zware lasten (meer dan 5 kg) tillen, duwen, trekken of dragen		

02	Moet u vaak zeer zware lasten (meer dan 20 kg) tillen, duwen, trekken of dragen		
03	Moet u vaak grote kracht uitoefenen op gereedschappen of apparaten		
04	Moet u vaak het bovenlichaam buigen of draaien		
05	Moet u vaak de nek buigen of draaien		
06	Moet u vaak ver reiken met uw handen of armen		
07	Moet u vaak de polsen buigen of draaien		
08	Moet u vaak uw armen geheven houden		
09	Moet u vaak trappen lopen		
10	Moet u vaak in ongemakkelijke houdingen werken		
11	Moet u vaak langdurig in dezelfde houding werken		
12	Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw bovenlichaam		
13	Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw nek		
14	Moet u vaak kortdurende steeds terugkerende bewegingen maken met uw armen of handen		
15	Moet u in uw werk vaak lang achtereen staan		
16	Moet u in uw werk vaak lang achtereen zitten		
17	Moet u in uw werk vaak lang achtereen lopen		
18	Moet u in uw werk vaak lang achtereen geknield of gehurkt werken		
19	Heeft u in uw werk vaak te maken met duidelijk voelbare trillingen en of schokken		
20	Heeft u in uw werk vaak trillend gereedschap of apparaten in uw handen		
21	Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak moet transpireren tijdens het werk		
22	Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak buiten adem bent		
23	Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak erg moe thuis komt		
24	Is uw werk lichamelijk zo inspannend dat u vaak de volgende ochtend niet uitgerust opstaat		
25	Ligt het tempo van het werk vaak zo hoog dat u geregeld moet jagen om op tijd klaar te zijn		
26	Ligt het tempo van het werk vaak zo hoog dat u niet voldoende heeft aan de normale pauzes		
27	Moet u in uw werk vaak plotselinge, onverwachte bewegingen maken		
28	Moet u in uw werk vaak korte maar maximale krachtsinspanning leveren		
<b>G. Werkbeleving</b>			
		JA	NEE
01	Moet u erg snel werken?		
02	Heeft u te veel werk te doen?		
03	Moet u extra hard werken om iets af te hebben?		
04	Werkt u onder tijdsdruk?		
05	Heeft u te maken met een achterstand in uw werkzaamheden?		
06	Moet u in uw werk telkens dezelfde dingen doen?		
07	Doet uw werk voldoende beroep op al uw vaardigheden en capaciteiten?		
08	Heeft u in uw werk voldoende afwisseling?		
09	Biedt uw baan mogelijkheden voor persoonlijke groei en ontwikkelingen?		
10	Geeft uw werk u het gevoel iets ermee te kunnen bereiken?		
11	Lost u problemen in uw werkzaamheden zelf op?		
12	Kunt u op uw collega's rekenen wanneer u het in uw werk wat moeilijk krijgt?		
13	Voelt u zich gewaardeerd door uw collega's?		
14	Heeft u te maken met agressie van uw collega's?		
15	Voelt u zich in uw werk gewaardeerd door uw directe leiding?		
16	Krijgt u voldoende informatie over het resultaat van uw werk?		
17	Wordt u van de belangrijke dingen in het bedrijf goed op de hoogte gehouden?		