## Beroepsduikers

## herhalings onderzoek

Deze vragenlijst is uitsluitend bedoeld om een inzicht te verkrijgen in uw gezondheidstoestand met name in de relatie met uw werk.

Datum onderzoek .…. / …… / ……

Naam: …………………………………………………………………………………………………………………………..m/v

Voorletters ………………………

Geboortedatum .…. / …… / ……

Straat: ……………………………………………………

Plaats: …………………………………………………….

Postcode: ……………………………………………….

BSN: ……………………………………………………….

* Bent u wel eens gekeurd voor:

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

* + - * Beroep of betrekking?.......................................................
			* Verzekering?......................................................................
			* Militaire Dienst?................................................................
			* Sport?................................................................................
* Bent u daarvoor wel eens afgekeurd?.....................................................................
1. Bent u **vaak** moe? ...................................................................................................

Zo ja:

* bij het opstaan?..............................................................................
* Na het werk? ..................................................................................
* ’s Avonds? ......................................................................................
1. Bent u **vaak** slaperig of suf? ....................................................................................
2. Slaapt u slecht? ........................................................................................................
3. Heeft u **voortdurend** het gevoel, dat u er niet tegenop kunt? ................................
4. Heeft u nerveuze klachten (last van “zenuwen”)? ..................................................

Zo ja:

* Bent u **vaak**  prikkelbaar? ..............................................................
* Bent u opgewonden of gejaagd? ...................................................
1. Draagt u een bril of contactlenzen? ........................................................................
2. Heeft u klachten over het zien (zelfs als u contactlenzen of uw bril draagt)? .........

Zo ja:

* Bij zien veraf? .................................................................................
* Bij zien dichtbij? .............................................................................
1. Heeft u klachten over de oren? ...............................................................................

Zo ja:

* Slecht horen? .................................................................................
* Oorsuizen? .....................................................................................
* Loopoor?.........................................................................................
1. Is uw neus **regelmatig** verstopt? .............................................................................

Zo ja:

* Langer dan 3 maanden achter elkaar? ...........................................
1. Bent u **vaak** hees? ...................................................................................................
2. Moet u **regelmatig** hoesten? ...................................................................................

Zo ja:

* Moet u gedurende de laatste 2 jaar **regelmatig** hoesten?.............
* Hoest u langer dan 3 maanden achter elkaar?...............................
* Moet u ook slijm ophoesten?.........................................................
1. Heeft u **nogal eens** last van kortademigheid? .........................................................

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Zo ja:

* In rust? ...........................................................................................
* Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?........................
* Bij zwaardere lichamelijke inspanning ( de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?
* Komt de kortademigheid in aanvallen van benauwdheid (astma)?
1. Heeft u ’s nachts **vaak** last van benauwdheid?.............................................................

Zo ja:

* Is het noodzakelijk op meer dan één kussen te slapen?......................
1. Heeft u **nogal eens** pijn of een beklemd gevoel op de borst of in de hartstreek?........

Zo ja:

* In rust? ................................................................................................
* Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?.............................
* Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?. ...................................................................
* Bij opwinding? ....................................................................................
* Bij overgang van warmte naar koude? ...............................................
* Na de maaltijd? ...................................................................................
1. Moet u ’s nachts **gewoonlijk** meer dan eens plassen? ................................................
2. Heeft u ’s avonds **vaak** dikke voeten? ..........................................................................
3. Heeft u **regelmatig** klachten in de maagstreek? ..........................................................

Zo ja:

* Maagpijn? ...........................................................................................
* “Zuur branden”? .................................................................................
1. Heeft u **regelmatig** buikpijn? ........................................................................................

Zo ja:

* In hevige aanvallen? ............................................................................
* Langdurig en zeurend? ........................................................................
1. Heeft u **regelmatig** problemen met de ontlasting? .....................................................

Zo ja:

* Verstopping? .......................................................................................
* Diarree? ..............................................................................................
* Bloed bij de ontlasting? ......................................................................
1. Heeft u een breuk (liesbreuk, navelbreuk of andere breuk)? ......................................
2. Heeft u klachten bij het plassen? .................................................................................

Zo ja:

* Moet u **vaak** plassen? .........................................................................
* Plast u moeilijk? ..................................................................................
* Heeft u een branderig gevoel bij het plassen?....................................
1. Heeft u **regelmatig** pijn of stijfheid in de bovenste ledematen?................. .................

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

Zo ja:

* Schouder? ...........................................................................................
* Bovenarm? ..........................................................................................
* Elleboog? ............................................................................................
* Onderarm? ..........................................................................................
* Pols? ....................................................................................................
* Hand of vingers? .................................................................................
1. Heeft u **regelmatig** pijn of stijfheid in de onderste ledematen?..................................

Zo ja:

* Heup? ..................................................................................................
* Bovenbeen? ........................................................................................
* Knie? ...................................................................................................
* Onderbeen? ........................................................................................
* Enkel? ..................................................................................................
* Voet of tenen? ....................................................................................
1. Heeft u **regelmatig** pijn of stijfheid in de nek? .............................................................

Zo ja:

* Trekt het ergens naar toe? .................................................................
1. Heeft u **regelmatig** pijn of stijfheid in de rug? .............................................................

Zo ja:

* Midden in de rug? ...............................................................................
* In de lendestreek? ..............................................................................
* Trekt het ergens naar toe? .................................................................
1. Heeft u **regelmatig** last van ernstige hoofdpijn? ..........................................................

Zo ja:

* Migraine? ............................................................................................
1. Bent u **vaak** duizelig? ....................................................................................................

Zo ja:

* Moet u dan gaan zitten? .....................................................................
* Valt u dan flauw? ................................................................................
* Bent u duizelig bij verandering van houding?......................................
1. Heeft u spataderen? .....................................................................................................
2. Heeft u pijn in de kuit(en) gedurende het lopen? ........................................................
3. Bent u ergens overgevoelig voor? ................................................................................

Zo ja, hebt u daarbij last van:

* De huid (bijv. uitslag, jeuk)? ................................................................
* De neus (bijv. loopneus)? ....................................................................
* De ademhaling (bijv. benauwd, kriebelhoest)?...................................
1. Bent u **weleens** onder behandeling geweest voor één of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen (geneesmiddelen, operaties, dieet, rustkuur, bestraling, massage of leefregels):

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

* Suikerziekte?........................................................................................
* Hoge bloeddruk? .................................................................................
* Hartziekte? ..........................................................................................
* Vaatziekte (bijv. trombose)? ...............................................................
* Overgewicht? ......................................................................................
* Overspannenheid? ..............................................................................
* Slapeloosheid? ....................................................................................
* Epilepsie (of vallende ziekte)? ............................................................
* Huidziekte? .........................................................................................
* Bronchitis (of astma)? .........................................................................
* Rheuma? .............................................................................................
* Spier- of gewrichtsklachten? ...............................................................
* Langdurige nek- of rugklachten? ........................................................
* Maag? .................................................................................................
* Galblaas? .............................................................................................
* Lever (bijv. geelzucht)? .......................................................................
* Nieren of blaas? ..................................................................................
* Ernstig ongeval? ..................................................................................
* Andere ziekten of aandoeningen?... ...................................................

Zo ja, Welke: …………………….................................................................

1. Bent u **weleens** geopereerd? ......................................................................................
	* Waarvoor? …………………………………….....................................................
	* Heeft u nog klachten daarvan? …………………………………………………………
	* Welke? ……………………………………...........................................................
2. Gebruikt u **nogal eens** geneesmiddelen (ook slaapmiddelen, aspirine, enz.)?

Zo ja, welke (zo mogelijk naam en aantal aangeven) ……………………………………....................................................................................

1. Zijn één of meer van uw ouders, broers, zussen voor het 55e jaar lijdende (geweest) aan een:
* Hartinfarct? .........................................................................................
* Beroerte (hersenbloeding)? ................................................................
* Te hoge bloeddruk? ............................................................................
* Suikerziekte? .......................................................................................
* Bronchitis (of astma)? .........................................................................
1. Bent u in de Tropen geweest? ......................................................................................

Zo ja, Tropenziekte gehad? …………………...........................................................

1. Staat of stond u ooit onder controle van een Consultatiebureau?...............................

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

Zo ja, voor:

* Tuberculose? .......................................................................................
* Rheuma? .............................................................................................
* Alcohol en/of drugs? ...........................................................................
* Andere? ...............................................................................................
1. Bent u **wel eens** opgenomen geweest in een:
* Ziekenhuis? .........................................................................................
* Sanatorium? ........................................................................................
* Zenuwinrichting? ................................................................................
* Andere? ...............................................................................................
1. Moet u **binnenkort** worden opgenomen? ...................................................................
2. Heeft u last van hoogtevrees? ......................................................................................

**De vragen 40 t/m 45 alleen invullen indien u reeds eerder gewerkt heeft.**

1. Heeft u onderstaand werk verricht?
* Ploegendienst? ...................................................................................
* Nachtdienst? .......................................................................................
1. Heeft u klachten gehad bij:
* Ploegendienst? ...................................................................................
* Nachtdienst? .......................................................................................
* Langdurig zitten? ................................................................................
* Langdurig staan? .................................................................................
* Veel buk- en tilwerk? ..........................................................................
* Zwaar lichamelijk werk? ......................................................................
* Werk in lawaai? ...................................................................................
* Werk in stof? .......................................................................................
1. Heeft u **wel eens** een ziekte gehad die door het beroep werd veroorzaakt?...............

Zo ja:

* Beroepseczeem? .................................................................................
* Vergiftiging? ........................................................................................
* Stoflongen? .........................................................................................
* Andere beroepsziekten? .....................................................................
1. Bent u **wel eens** om gezondheidsredenen van werk veranderd?.................................
2. Heeft u de laatste 2 jaar **wel eens** verzuimd? ..............................................................
3. Heeft u nu een uitkering wegens ziekte, ongeval of werkloosheid?.............................
4. Heeft u nog iets anders over uw gezondheid op te merken? ......................................

Zo ja, s.v.p. hiernaast een korte omschrijving: ……………………………………………….............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Heeft u **ooit** gerookt? ...................................................................................................

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

O O

Nee Ja

O O

O O

Nee Ja

O O

Zo nee: dan kunt u doorgaan naar vraag 48.

Zo ja: rookt u nu nog? ......................................................................................

Zo nee: wanneer bent u gestopt:

* Afgelopen jaar? ...................................................................................
* 1 tot 5 jaar geleden? ...........................................................................
* Meer dan 5 jaar geleden? ...................................................................

Zo ja, hoeveel sigaretten, shagjes of sigaartjes per dag:

* Minder dan 10? ...................................................................................
* 10 tot 20? ............................................................................................
* Meer dan 20? ......................................................................................

 hoeveel pijpen of grote sigaren per dag:

* Minder dan 5? .....................................................................................
* 5 tot 10? ..............................................................................................
* Meer dan 10? ......................................................................................

Hoelang rookt of rookte u?

* Korter dan 1 jaar? ...............................................................................
* 1 tot 5 jaar? .........................................................................................
* 5 tot 10 jaar? .......................................................................................
* 10 tot 20 jaar? .....................................................................................
* Langer dan 20 jaar? .............................................................................
1. Drinkt u alcoholische drank (bier, jenever, wijn of dergelijke)?....................................

Zo ja, hoeveel glazen per week:

* Minder dan 10? ...................................................................................
* 10 tot 25? ............................................................................................
* 25 tot 50? ............................................................................................
* Meer dan 50? ......................................................................................
1. Spant u zich lichamelijk wel eens flink in? ....................................................................
* Tijdens het werk? ................................................................................
* In vrije tijd (bijv. sport)? ......................................................................
1. Voelt u zich gezond? .....................................................................................................
2. Zijn alle in deze lijst opgegeven klachten bij uw huisarts of specialist bekend?...........

Zo nee, welke klachten niet (wilt u de nummers die voor de desbetreffende vragen staan, hiernaast vermelden, eventueel met korte omschrijving):

.....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

1. Heeft u er bezwaar tegen, dat gegevens van dit onderzoek eventueel naar uw huisarts worden gestuurd? ..........................................................................................

Ik verklaar, dat ik alle vragen naar beste weten en naar waarheid heb beantwoord.

Handtekening:

Paraaf onderzoeker: