



## 1 Gegevens kandidaat

- 1.1 Voorletters
- 1.2 Naam
- 1.3 Geboortedatum
- 1.4 Straat
- 1.5 Woonplaats
- 1.6 Postcode
- 1.7 Telefoonnummer
- 1.8 E-mailadres

## 2 Bent u wel eens gekeurd voor:

- |   |    |     |
|---|----|-----|
| 2.1 Beroep of betrekking?                           | Ja | Nee |
| 2.2 Verzekering?                                    | Ja | Nee |
| 2.3 Militaire Dienst?                               | Ja | Nee |
| 2.4 Sport   | Ja | Nee |
| 2.5 Bent u voor de bovenstaande wel eens afgekeurd? | Ja | Nee |

## 3 Ja/nee vragen

- |  |    |     |
|--|----|-----|
| 3.1 Bent u vaak moe?   | Ja | Nee |
| 3.2 Bent u vaak moe bij het opstaan?                         | Ja | Nee |
| 3.3 Bent u vaak moe na het werk?                             | Ja | Nee |
| 3.4 Bent u vaak moe 's avonds?                               | Ja | Nee |
| 4 Bent u vaak slaperig of suf?                               | Ja | Nee |
| 5 Slaapt u slecht?   | Ja | Nee |
| 6 Heeft u voordurend het gevoel, dat u er niet tegenop kunt? | Ja | Nee |
| 7.1 Heeft u nerveuze klachten (last van "zenuwen")?          | Ja | Nee |
| 7.2 Bent u vaak prikkelbaar?                                 | Ja | Nee |
| 7.3 Bent u opgewonden of gejaagd?                            | Ja | Nee |
| 8 Draagt u een bril of contactlenzen?                        | Ja | Nee |

9.1	Heeft u klachten over het zien (zelfs als u contactlenzen of uw bril draagt)?	Ja	Nee
9.2	Bij zien veraf?	Ja	Nee
9.3	Bij zien dichtbij?	Ja	Nee
10.1	Heeft u klachten over de oren?	Ja	Nee
10.2	Slecht horen?	Ja	Nee
10.3	Oorsuizen?	Ja	Nee
10.4	Loopoor?	Ja	Nee
11.1	Is uw neus <b>regelmatig</b> verstopt?	Ja	Nee
11.2	Langer dan 3 maanden achter elkaar?	Ja	Nee
12	Bent u <b>vaak</b> hees?	Ja	Nee
13.1	Moet u <b>regelmatig</b> hoesten?	Ja	Nee
13.2	Moet u gedurende de laatste 2 jaar <b>regelmatig</b> hoesten?	Ja	Nee
13.3	Hoest u langer dan 3 maanden achter elkaar?	Ja	Nee
13.4	Moet u ook slijm ophoesten?	Ja	Nee
14.1	Heeft u <b>nogal eens</b> last van kortademigheid?	Ja	Nee
14.2	In rust?	Ja	Nee
14.3	Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	Ja	Nee
14.4	Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	Ja	Nee
14.5	Komt de kortademigheid in aanvallen van benauwdheid (astma)?	Ja	Nee
15.1	Heeft u 's nachts <b>vaak</b> last van benauwdheid?	Ja	Nee
15.2	Is het noodzakelijk op meer dan 1 kussen te slapen?	Ja	Nee
16.1	Heeft u <b>nogal eens</b> pijn of een beklemd gevoel op de borst of in de hartstreek?	Ja	Nee
16.2	In rust?	Ja	Nee
16.3	Bij lichte lichamelijke inspanning (gewoon lopen)?	Ja	Nee
16.4	Bij zwaardere lichamelijke inspanning (de trap oplopen, tegen de wind inlopen of fietsen)?	Ja	Nee

16.5	Bij opwinding?	Ja	Nee
16.6	Bij overgang van warmte naar koude?	Ja	Nee
16.7	Na de maaltijd?	Ja	Nee
17	Moet u 's nachts <b>gewoonlijk</b> meer dan eens plassen?	Ja	Nee
18	Heeft u 's avonds <b>vaak</b> dikke voeten?	Ja	Nee
19.1	Heeft u <b>regelmatig</b> klachten in de maagstreek?	Ja	Nee
19.2	Maagpijn?	Ja	Nee
19.3	"Zuur branden"?	Ja	Nee
20.1	Heeft u <b>regelmatig</b> buikpijn?	Ja	Nee
20.2	In hevige aanvallen?	Ja	Nee
20.3	Langdurig en zeurend?	Ja	Nee
21.1	Heeft u <b>regelmatig</b> problemen met de ontlasting?	Ja	Nee
21.2	Verstopping?	Ja	Nee
21.3	Diarree?	Ja	Nee
21.4	Bloed bij de ontlasting?	Ja	Nee
22	Heeft u een breuk (liesbreuk, navelbreuk of andere breuk)?	Ja	Nee
23.1	Heeft u klachten bij het plassen?	Ja	Nee
23.2	Moet u <b>vaak</b> plassen?	Ja	Nee
23.3	Plast u moeilijk?	Ja	Nee
23.4	Heeft u een branderig gevoel bij het plassen?	Ja	Nee
24.1	Heeft u <b>regelmatig</b> pijn of stijfheid in de bovenste ledematen?	Ja	Nee
24.2	Schouder?	Ja	Nee
24.3	Bovenarm?	Ja	Nee
24.4	Elleboog?	Ja	Nee
24.5	Onderarm?	Ja	Nee
24.6	Pols?	Ja	Nee
24.7	Hand of vingers?	Ja	Nee
25.1	Heeft u <b>regelmatig</b> pijn of stijfheid in de onderste ledematen?	Ja	Nee
25.2	Heup?	Ja	Nee

25.3	Bovenbeen?	Ja	Nee
25.4	Knie?	Ja	Nee
25.5	Onderbeen?	Ja	Nee
25.6	Enkel?	Ja	Nee
25.7	Voet of tenen?	Ja	Nee
26.1	Heeft u <b>regelmatig</b> pijn of stijfheid in de nek?	Ja	Nee
26.2	Trekt het ergens naar toe?	Ja	Nee
27.1	Heeft u <b>regelmatig</b> last van ernstige hoofdpijn?	Ja	Nee
27.2	Midden in de rug?	Ja	Nee
27.3	In de lendestreek?	Ja	Nee
27.4	Trekt het ergens naar toe?	Ja	Nee
28.1	Heeft u <b>regelmatig</b> pijn of stijfheid in de onderste ledematen?	Ja	Nee
28.2	Migraine?	Ja	Nee
29.1	Bent u <b>vaak</b> duizelig?	Ja	Nee
29.2	Moet u dan gaan zitten?	Ja	Nee
29.3	Valt u dan flauw?	Ja	Nee
29.4	Bent u duizelig bij verandering van houding?	Ja	Nee
30	Heeft u spataderen?	Ja	Nee
31	Heeft u pijn in de kuit(en) gedurende het lopen?	Ja	Nee
32.1	Bent u ergens overgevoelig voor?	Ja	Nee
32.2	Heeft u daarbij last van: De huid (bijv. uitslag, jeuk)?	Ja	Nee
32.3	Heeft u daarbij last van: De neus (bijv. loopneus)?	Ja	Nee
32.4	Heeft u daarbij last van: De ademhaling (bijv. benauwd, kriebelhoest)?	Ja	Nee
	<b>Bent u weleens onder behandeling geweest voor 1 of meerdere van de hieronder genoemde ziekten of aandoeningen (geneesmiddelen, operaties, dieet, rustkuur, bestraling, massage of leefregels):</b>		
33.1	Suikerziekte?	Ja	Nee
33.2	Hoge bloeddruk?	Ja	Nee

33.3	Hartziekte?	Ja	Nee
33.4	Vaatziekte (bijv. trombose)?	Ja	Nee
33.5	Overgewicht?	Ja	Nee
33.6	Overspannenheid?	Ja	Nee
33.7	Slapeloosheid?	Ja	Nee
33.8	Epilepsie (of vallende ziekte)?	Ja	Nee
33.9	Huidziekte?	Ja	Nee
33.10	Bronchitis (of astma)?	Ja	Nee
33.11	Rheuma?	Ja	Nee
33.12	Spier- of gewrichtsklachten?	Ja	Nee
33.13	Langdurige nek- of rugklachten?	Ja	Nee
33.14	Maag?	Ja	Nee
33.15	Galblaas?	Ja	Nee
33.16	Lever (bijv. geelzucht)?	Ja	Nee
33.17	Nieren of blaas?	Ja	Nee
33.18	Ernstig onvgeval?	Ja	Nee
33.19	Andere ziekten of aandoeningen?	Ja	Nee
33.20	Zo ja, welke?		
34.1	Bent u <b>weleens</b> geopereerd?	Ja	Nee
34.2	Waarvoor?		
34.3	Heeft u nog klachten daarvan?	Ja	Nee
34.4	Zo ja, welke?		
35.1	Gebruikt u <b>nogal eens</b> geneesmiddelen (ook slaapmiddelen, aspirine, enz.)?	Ja	Nee
35.2	Zo ja, welke (zo mogelijk naam en aantal aangeven).		

Zijn één of meer van uw ouders, broers, zussen voor het 55e jaar lijdende (geweest) aan een:

36.1	Hartinfarct?	Ja	Nee
36.2	Beroerte (hersenvloeding)?	Ja	Nee
36.3	Te hoge bloeddruk?	Ja	Nee
36.4	Suikerziekte?	Ja	Nee
36.5	Bronchitis (of astma)?	Ja	Nee

37.1	Bent u in de Tropen geweest?	Ja	Nee
37.2	Zo ja, Tropenziekte gehad?	Ja	Nee
38.1	Staat of stond u ooit onder controle van een Consultatiebureau?	Ja	Nee
38.2	Zo ja, voor tuberculose?	Ja	Nee
38.3	Zo ja, voor rheuma?	Ja	Nee
38.4	Zo ja, voor alcohol en/of drugs?	Ja	Nee
38.5	Zo ja, voor andere?	Ja	Nee
	<b>Bent u wel eens opgenomen geweest in een:</b>		
39.1	Ziekenhuis?	Ja	Nee
39.2	Sanatorium?	Ja	Nee
39.3	Zenuwinrichting?	Ja	Nee
39.4	Andere?	Ja	Nee
40	Moet u <b>binnenkort</b> worden opgenomen?	Ja	Nee
41	Heeft u last van hoogtevrees?	Ja	Nee

#### 4 De vragen 42 t/m 47 alleen invullen indien u reeds eerder gewerkt heeft.

	<b>Heeft u onderstaand werk verricht?</b>		
42.1	Ploegendienst?	Ja	Nee
42.2	Nachtdienst?	Ja	Nee
	<b>Heeft u klachten gehad bij:</b>		
43.1	Ploegendienst?	Ja	Nee
43.2	Nachtdienst?	Ja	Nee
43.3	Langdurig zitten?	Ja	Nee
43.4	Langdurig staan?	Ja	Nee
43.5	Veel buk- en tilwerk?	Ja	Nee
43.6	Zwaar lichamelijk werk?	Ja	Nee
43.7	Werk in lawaai?	Ja	Nee
43.8	Werk in stof?	Ja	Nee
	<b>Heeft u wel eens een ziekte gehad die door het beroep werd veroorzaakt?</b>		
44.1	Beroepseczeem?	Ja	Nee
44.2	Vergiftiging?	Ja	Nee
44.3	Stoflongen?	Ja	Nee
44.4	Andere beroepsziekten?	Ja	Nee

45	Bent u <b>wel eens</b> om gezondheidsredenen van werk veranderd?	Ja	Nee
46	Heeft u de laatste 2 jaar <b>wel eens</b> verzuimd?	Ja	Nee
47	Heeft u nu een uitkering wegens ziekte, ongeval of werkloosheid?	Ja	Nee

## 5 Vragen over gezondheid

48.1	Heeft u nog iets anders over uw gezondheid op te merken?	Ja	Nee
------	--	----	-----

48.2 Zo ja, s.v.p. hier een korte omschrijving:

49.1	Heeft u ooit gerookt? <b>Zo nee: dan kunt u door- gaan naar vraag 50.</b>	Ja	Nee
------	---	----	-----

49.2	Rookt u nu nog?	Ja	Nee
------	-----------------	----	-----

49.3	Wanneer bent u gestopt?	Ja	Nee
------	-------------------------	----	-----

49.4	Afgelopen jaar?	Ja	Nee
------	-----------------	----	-----

49.5	1 tot 5 jaar geleden?	Ja	Nee
------	-----------------------	----	-----

49.6	Meer dan 5 jaar geleden?	Ja	Nee
------	--------------------------	----	-----

**Hoeveel sigaretten, shagjes of sigaartjes per dag?**

49.7	Minder dan 10?	Ja	Nee
------	----------------	----	-----

49.8	10 tot 20?	Ja	Nee
------	------------	----	-----

49.9	Meer dan 20?	Ja	Nee
------	--------------	----	-----

**Hoeveel pijpen of grote sigaren per dag?**

49.10	Minder dan 5?	Ja	Nee
-------	---------------	----	-----

49.11	5 tot 10?	Ja	Nee
-------	-----------	----	-----

49.12	Meer dan 10?	Ja	Nee
-------	--------------	----	-----

**Hoelang rookt of rookte u?**

49.13	Korter dan 1 jaar?	Ja	Nee
-------	--------------------	----	-----

49.14	1 tot 5 jaar?	Ja	Nee
-------	---------------	----	-----

49.15	5 tot 10 jaar?	Ja	Nee
-------	----------------	----	-----

49.16	10 tot 20 jaar?	Ja	Nee
-------	-----------------	----	-----

49.17	Langer dan 20 jaar?	Ja	Nee
-------	---------------------	----	-----

50.1	Drinkt u alcoholische drank (bier, jenever, wijn of dergelijke)?	Ja	Nee
------	--	----	-----

Zo ja, hoeveel glazen per week?

50.2	Minder dan 10?	Ja	Nee
50.3	10 tot 25?	Ja	Nee
50.4	25 tot 50?	Ja	Nee
50.5	Meer dan 50?	Ja	Nee
51.1	Spant u zich lichamelijk wel eens flink in?	Ja	Nee
51.2	Tijdens het werk?	Ja	Nee
51.3	In vrije tijd (bijv. sport)?	Ja	Nee
52	Voelt u zich gezond?	Ja	Nee
53.1	Zijn alle in deze lijst opgegeven klachten bij uw huisarts of specialist bekend?	Ja	Nee
53.2	Zo nee, welke klachten niet (wilt u de nummers die voor de desbetreffende vragen staan, hiernaast vermelden, eventueel met korte omschrijving)?		
54	Heeft u er bezwaar tegen, dat gegevens van dit onderzoek eventueel naar uw huisarts worden gestuurd?	Ja	Nee

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

## Handtekening:

## Paragraaf onderzoeker:

Het ingevulde formulier kunt u sturen  
naar [info@deltamedicine.nl](mailto:info@deltamedicine.nl)