



1.1 Gegevens kandidaat

- 1.1 Achternaam
- 1.2 Voornamen voluit
- 1.3 Geboortedatum
- 1.4 Geboorteplaats
- 1.5 Adres
- 1.6 Postcode en woonplaats
- 1.7 Telefoonnummer(s)
- 1.8 Nummer monsterboekje en land van afgifte
(voor zeevaart)
- 1.9 Nummer legitimatiebewijs (voor binnenvaart)

1.2 Gegevens huisarts

- 2.1 Naam
- 2.2 Adres

1.3 Gegevens werk/opleiding

- 2.3 Naam werkgever

2 Gegevens vorige keuringen

- | | | |
|---|----|-----|
| 3.1 Bent u ooit afgekeurd voor de offshore? | Ja | Nee |
| 3.2 Bent u ooit beperkt goedgekeurd? | Ja | Nee |
| 3.3 Heeft u ooit een medische ontheffing gehad? | Ja | Nee |
| 3.4 Datum laatste keuring | | |
| 3.5 Bijzonderheden | | |

3 Gegevens huidige keuring

- | | |
|-----------------------------|-----------------|
| 4 U wordt gekeurd voor een: | Offshorekeuring |
|-----------------------------|-----------------|

4 Medische vragen

- | | | |
|--|----|-----|
| 5.1 Zijn er werkzaamheden aan boord waarvan u zich niet in staat voelt ze uit te voeren? | Ja | Nee |
| 5.2 Bent u ooit van boord gegaan wegens ziekte? | Ja | Nee |

5.3	Heeft u ooit een ongeval gehad?	Ja	Nee
5.4	Bent u ooit geopereerd?	Ja	Nee
5.5	Kunt u handen en voeten normaal gebruiken, zowel wat betreft beweging als gevoel?	Ja	Nee
5.6	Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen?	Ja	Nee
5.7	Heeft u last van nachtblindheid?	Ja	Nee
5.8	Heeft u een bril of contactlenzen?	Ja	Nee
5.9	Is uw kleurenzien volledig normaal?	Ja	Nee
5.10	Heeft u een operatie of laserbehandeling van de ogen gehad?	Ja	Nee
5.11	Heeft u een gehoorapparaat?	Ja	Nee
5.12	Gebruikt u medicijnen en zo ja, welke?	Ja namelijk	Nee
5.13	Drinkt u alcohol en zo ja, hoeveel glazen per week?	Nee	Ja namelijk
5.14	Rookt u en zo ja, hoeveel sigaretten per dag?	Nee	Ja namelijk
5.15	Heeft u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt?	Ja	Nee
5.16	Bent u nu zwanger en zo ja, verwachte datum bevalling?	Nee	Ja namelijk
5.17	Heeft u klachten rond de menstruatie?	Ja	Nee
5.18	Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest?		
5.19	Bijzonderheden		

Heeft u last, of last gehad van de onderstaande klachten?

4 Gezondheidsklachten

6.1	Suikerziekte	Ja	Nee
6.2	Kanker	Ja	Nee
6.3	Schildklierandoening	Ja	Nee
6.4	Besmettelijke ziekte, tropische ziekte	Ja	Nee
6.5	Tuberculose	Ja	Nee
6.6	Trombose of embolie	Ja	Nee
6.7	Beroerte	Ja	Nee
6.8	Epilepsie, toevallen of stuipen	Ja	Nee

6.9	Psychische problemen	Ja	Nee
6.10	Drankprobleem	Ja	Nee
6.11	Overspannenheid, depressies	Ja	Nee
6.12	Hoogte- / ruimte- / engtevrees	Ja	Nee
6.13	Slapeloosheid	Ja	Nee
6.14	Slaapwandelen, bedplassen	Ja	Nee
6.15	Huidziekte, eczeem	Ja	Nee
6.16	Geslachtsziekte	Ja	Nee
6.17	Liesbreuk	Ja	Nee
6.18	Spataderen, aambeien	Ja	Nee
6.19	Hoofdpijn, duizeligheid	Ja	Nee
6.20	Flauwvallen	Ja	Nee
6.21	Verminderd zien of wazig zien	Ja	Nee
6.22	Verminderend gehoor of oorsuizen	Ja	Nee
6.23	Hoesten, kortademigheid	Ja	Nee
6.24	Astma, bronchitis	Ja	Nee
6.25	Hoge bloeddruk	Ja	Nee
6.26	Hartaandoening	Ja	Nee
6.27	Pijn op de borst, hartkloppingen	Ja	Nee
6.28	Dikke voeten, vooral 's avonds	Ja	Nee
6.29	Maagpijn, misselijkheid of slechte eetlust	Ja	Nee
6.30	Buikpijn, buikkrimp	Ja	Nee
6.31	Zwarte of verkleurde ontlasting	Ja	Nee
6.32	Persen of pijn bij het plassen	Ja	Nee
6.33	Terugkerende en extreme rugpijn	Ja	Nee
6.34	Pijn in armen, benen of gewrichten	Ja	Nee
6.35	Botbreuken, ontwrichting	Ja	Nee
6.36	Terugkerende extreme zeeziekte	Ja	Nee
6.37	Bijzonderheden		

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

Het ingevulde formulier kunt u sturen
naar info@deltamedicine.nl