Deze persoonlijke vragenlijst is strikt vertrouwelijk. Ze valt onder het medisch beroepsgeheim.

Administratieve en algemene gegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Rijksregisternummer: Naam + Voornaam:  Thuisadres:                                       Tel/gsm:                    E-mail:                        Geslacht: | Naam + adres werkgever (werkplaats):  Naam + adres uitzendkantoor (als uitzendkracht): Huisarts: (naam/gemeente)Tel: |
| **Functie:**  |  |
| Uit te voeren activiteiten (! invullen aub!): |  |
| Startdatum:  |  |
| **Als JOBSTUDENT OF CURSIST : Bent u momenteel (nog) in opleiding?**Studierichting en school (voor de student):Datum laatste medisch onderzoek in het kader van deze opleiding (voor interim):Werd u tijdens dit medisch onderzoek over de ganse lijn geschikt verklaard voor de opleiding? [ ]  Ja [ ]  NeenIndien nee, verduidelijk:  |  |
| **Medisch – Voorgeschiedenis aandoeningen per systeem** | **Neen** | **Ja** |
| Heeft / had u een aandoening van: |  |  |
|  | Ademhalingsstelsel *(astma, bronchitis, tbc, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Beenderstelsel *(artrose, ontstekingen, pijn, reuma, …)*  | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Endocrien *(schildklier, suikerziekte, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Hart en bloedvaten *(bloeddruk, hartaandoening, spataders, operaties…)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Huid *(acne, eczeem, kloven, psoriasis, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Spijsverteringsstelsel *(maagontsteking, lever- of galaandoening, darmaandoening, zure reflux, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Urinewegen *(blaasontsteking, nierziekten, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Zenuwstelsel *(epilepsie, verlammingen burn-out, depressie, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Zintuigen *(evenwicht, gehoor, zicht, …)* | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Andere gezondheidsproblemen? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? |  |  |
|  | Enkel voor vrouwen |  |  |
|  |  | Heeft u een gynaecologische aandoening? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Bent u momenteel zwanger? | [ ]  | [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medisch – Persoonlijk** | **Neen** | **Ja** |
|  | Hebt u momenteel medische klachten? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja waaraan lijdt u? |  |  |
|  | Heeft u het voorbije jaar een arts geraadpleegd? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, waarom? |  |  |
|  | Heeft u een invaliditeit of lichaamsgebrek? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? |  |  |
|  | Werd u vroeger al geopereerd? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke en wanneer? |  |  |
|  | Heeft u ooit een ongeval gehad met lichamelijk letsel? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welk letsel en wanneer? |  |  |
|  | Hebt u soms/ regelmatig rug- of gewrichtsklachten? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welk soort klachten en welke behandelingen heeft u al gekregen? |  |  |
|  | Bent u allergisch? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke allergie (huid, ademhaling, hooikoorts …) en waarvoor? |  |  |
|  | Hebt u problemen met uw zicht? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? |  |  |
|  | Gebruikt u geneesmiddelen? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke? |  |  |
|  | Rookt u? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, hoeveel en hoelang al? |  |  |
|  | Drinkt u alcohol? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, hoeveel glazen per dag en wat? |  |  |
|  | Gebruikt u drugs? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke en hoe vaak? |  |  |
|  | Doet u aan lichaamsbeweging? | [ ]  | [ ]  |
|  |  | Zo ja, welke en hoe vaak? |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medisch – Inentingen**  | **Neen** | **Ja** |
| **Bent u gevaccineerd?** | **Datum laatste vaccinatie** |  |  |
|  | Tetanus (klem) | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  **Verplicht in te vullen als u gaat werken in de zorgsector, inclusief kinderverblijven en kleuteronderwijs:** |
|  | Pertussis (kinkhoest) | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  | Hepatitis A | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  | Hepatitis B | ……/……/……… | [ ]  | [ ]  |
|  |  Werd er reeds een antistofbepaling uitgevoerd voor hepatitis B (anti HBS)?  Indien ja, in welk jaar? ……/……/……… Wat was het resultaat?................... Kreeg u als gevolg daarvan nog een herhalingsvaccin toegediend? ……/……/……… | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |
|  Screening tuberculose | Datum laatste screening |  |  |
|  | Intradermotest | ……/……/……… |  |  |
|  |  | Indien ja, heeft u gereageerd?Indien ja, werd u behandeld (longfoto, geneesmiddelen)? | [ ] [ ]  | [ ] [ ]  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wenst u gecontacteerd te worden door de arbeidsarts? | [ ]  | [ ]  |

Ik, ondergetekende, verklaar deze vragenlijst oprecht, volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

Ik breng relevante medische verslagen (vaccinatiekaartje, …) mee naar de consultatie indien ik hiervoor opgeroepen word.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: ……/……/……… | Handtekening (\*): |
|  |  |

*(\*) “Ik ga ermee akkoord dat Cohezio mijn persoonsgegevens verwerkt voor de specifieke doeleinden van mijn verzoek”.*

*Het beleid betreffende de verwerking van persoonsgegevens van Cohezio is te vinden op* [*www.cohezio.be/nl/privacybeleid*](http://www.spmtarista.be/nl/privacybeleid)*.*