

Algemene gegevens	
Naam	
Geboorte datum	
BSN	
Adres	
Postcode/ woonplaats	
Mobiel telefoonnummer	
E-mailadres	
Werkgegevens	
Naam werkgever	
Functie	
Medische vragen	
Heeft u de afgelopen 3 jaar medicijnen gebruikt? Zo ja, welke?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Bent u op dit moment onder behandeling van een medisch specialist? Zo ja, welke?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Heeft u hoogtevrees, engtevrees, smetvrees of paniekaanvallen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Doet u aan sport? Zo ja, welke en hoeveel uur per week?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Heeft u in het verleden gerookt?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Rookt u nog? Zo ja, hoeveel per dag?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Drinkt u meer dan 20 glazen alcoholische drank per week?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Komen in uw familie hart en vaatziekten voor?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Heeft u afgelopen 3 jaar last gehad van	
Frequent hoesten en/of bloed ophoesten?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Verminderde eetlust? Ja Nee Moeite met slikken?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Opgezette (lymf)klieren in hals of nek?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>

Pijn op de borst, hartkloppingen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Maag- of darmklachten?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Flauwvallen, duizeligheid of evenwichtsstoornissen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Slaperigheid, vermoeidheid?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Huidklachten?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Een minder goed reukvermogen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Heeft u ooit een behandeling of onderzoek ondergaan voor	
Klachten van het bewegingsapparaat? (Armen, schouders, benen, rug of nek)	
Ademhalingsproblemen? (astma, bronchitis)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Hartklachten, vaatziekten, hoge bloeddruk?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Suikerziekten of epilepsie?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Alcohol- of drugsproblemen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Psychische problemen?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Een minder goed gezichtsvermogen of gehoor?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Arbeidsomstandigheden	
Ondervind u hinder door lawaai in uw werksituatie?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Komt u in aanraking met gevaarlijke giftige stoffen? Zo ja, welke?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Werkt u met adembescherming? Zo ja, met welke?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Gaat u ermee akkoord dat er een kopie van het pasje (bewijs van goedkeuring) naar uw werkgever wordt gestuurd?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>

Naam _____

Datum ____ / ____ / ____

Handtekening _____