

Vragenlijst bodemsaneringskeuring/GPO

Naam	
Geboortedatum	
Adres	
Postcode / Woonplaats	
E-mail	
Telefoonnummer	06-
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 de afgelopen 3 jaar last gehad van:

Frequent hoesten en/of bloed ophoesten?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
Verminderde eetlust, moeite met slikken?	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
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 (onderste ledenmaten, bovenste ledenmaten, rug of nek?)	Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/>
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"/>
---	--

Datum : Handtekening :
