

## VRAGENLIJST ADEMLUCHT (PERSLUCHT) ARBEIDERS

Naam		Plaats	
Initialen		Telefoonnummer	
Geboortedatum		Werkgever	
Man/Vrouw			
Adres		Functie	

### ALGEMENE GEZONDHEID

Heeft u ooit last gehad, of heeft u nu last van ...		JA	NEE
1	Pijn of beperkingen in beweging van de onderste extremiteiten (heup, knie, enkels, voeten)		
2	Pijn of beperkingen in beweging van de bovenste extremiteiten (schouder, elleboog, pols, arm, hand)		
3	Pijn of beperkingen in beweging van de rug of nek		
4	Kortademigheid		
5	Maag of darm problemen		
6	Pijn op de borst bij inspanning		
7	Psychische problemen: (geïrriteerdheid, depressiviteit, concentratieproblemen, slapeloosheid)		
8	Black-outs of flauwvallen (geheel/gedeeltelijk verlies van bewustzijn)		
9	Slaperigheid, vermoeidheid, sufheid		
10	Huidaandoening (b.v. eczeem, schimmelinfectie)		
11	Visuele problemen		
12	Gehoor problemen		
13	Reukvermogen		

### BEHANDELINGEN

Heeft u ooit in het verleden of op dit moment een onderzoek of een behandeling gehad voor:		JA	NEE
1	Klachten van de bovenste/onderste extremiteiten, rug of nek		
2	Ademhalingsproblemen		
3	Klachten van het hart, bloedvaten of bloeddruk		
4	Diabetes mellitus (suikerziekte), epilepsie		
5	Alcohol en/of drugproblemen		
6	Psychische problemen		
7	Huidziekten		
8	Verminderd zien		
9	Gehoorgeverlies		

**JA NEIN**

10	Heeft u problemen bij het verblijf in een koude omgeving?		
11	Bent u allergisch?		
	Zo ja, wat voor soort allergie?		
12	Heeft u de laatste jaren voor een langere periode medicijnen gebruikt?		
13	Gebruikt u momenteel medicijnen?		
	Zo ja, welke medicijnen?		
14	Gedrags-, mentale- of psychologische problemen (paniekaanval, claustrofobie, pleinvrees)?		
15	Lijdt u aan enige ziekte of gebrek wat problemen kan geven bij het uitoefen van uw (toekomstig) beroep of functie?		

**GEWOONTEN****JA NEE**

1	Doet u aan sport?		
2	Gemiddeld hoeveel uur per week?		
3	Heeft u in het verleden gerookt?		
4	Rookt u nog steeds?		
	Zo ja, hoeveel gemiddeld per dag?		
5	Gebruikt u meer dan 25 glazen alcohol per week?		
6	Zijn er familieleden die bekend zijn met:		
	Hoge bloeddruk		
	Hart- en/of vaatziekten		
	Diabetes (suikerziekte)		

**ARBEIDSOMSTANDIGHEDEN****JA NEE**

1	Moet u tijdens uw werk maximale lichamelijke inspanning doen?		
2	Is er sprake van een onveilige werkomgeving?		
3	Werkt u in een erg lawaaierige omgeving?		
4	Werkt u met giftige stoffen?		
	Zo ja, wat voor stoffen?		
5	Werkt u met adembescherming?		
	Zo ja, wat voor soort bescherming?		

PLAATS

DATUM

HANDTEKENING