Gelieve deze vragenlijst ingevuld en ondertekend op te sturen naar het regionaal kantoor van Cohezio, t.a.v. de arbeidsarts / af te geven aan de arts (schrappen wat niet past). 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 werkgever/uitzendkantoor:    Adres werkgever/uitzendkantoor:  Functie:   Huisarts:  (naam/gemeente) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Administratief – Tewerkstellingsplaats (indien verschillend)** | | | | | | | |
|  | Naam: | |  | Tel/fax: | | | |
|  | Adres:  Startdatum: | | |  |  | | | |  | |
| **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, …)* | | | | |  |  | | |
|  |  | 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 *(burn-out, depressie, epilepsie, verlammingen, …)* | | | | |  |  | | |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? | | | |  |  | | |
|  | Zintuigen *(evenwicht, gehoor, zicht, …)* | | | | |  |  | | |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? | | | |  |  | | |
|  | Andere | | | | |  |  | | |
|  |  | Zo ja, welke? Wanneer? Huidige toestand? | | | |  |  | | |
|  | Enkel voor vrouwen | | | | |  |  | | |
|  |  | Heeft u een gynaecologische aandoening? | | | |  |  | | |
|  |  | Bent u momenteel zwanger? | | | |  |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Medisch – Persoonlijk** | | | **Neen** | **Ja** |
|  | Verkeert u in goede gezondheid? | |  |  |
|  |  | Zo neen, 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 en wanneer? |  |  |
|  | Bent u allergisch? | |  |  |
|  |  | Zo ja, waarvoor? |  |  |
|  | 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) | | ……/……/……… |  |  |
|  | Hepatitis A | | ……/……/……… |  |  |
|  | Hepatitis B | | ……/……/……… |  |  |
|  | Pertussis (kinkhoest) | | ……/……/……… |  |  |
|  | Andere (specificeer) | | ……/……/……… |  |  |
|  | | | |  |  |
| **Screening tuberculose** | | | **Datum laatste screening** |  |  |
|  | Intradermotest | | ……/……/……… |  |  |
|  |  | Indien ja, heeft u positief gereageerd? | |  |  |
|  |  | Indien ja, werd u behandeld (longfoto, geneesmiddelen)? | |  |  |
| Breng zeker uw vaccinatiekaartje alsook medische verslagen (operaties, behandelingen) mee naar de consultatie! | | | | | |

Ondergetekende verklaart deze vragenlijst naar waarheid te hebben ingevuld.

Ik neem relevante medische verslagen (vaccinatiekaartje, operaties, behandelingen) mee naar de consultatie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Handtekening (\*) (voorafgegaan door de handgeschreven woorden ”Oprecht en volledig verklaard”) : | |
| ……/……/……… |  |

*(\*)“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 de website* [*www.cohezio.be/nl/privacybeleid*](http://www.spmtarista.be/nl/privacybeleid)*.”*