

Achternaam: Voorletter(s):

Geboortedatum: - -

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer:

e-mailadres:

Werkgever:

Functie:

Bent u, of was u in het verleden, onder behandeling of controle bij een:

- Huisarts of diens assistente wegens een chronische aandoening of steeds terugkerende lichamelijke of psychische klachten? (bijvoorbeeld hoge bloeddruk, suikerziekte of COPD, rug, nek-, arm-, beenklachten, depressie, overspannenheid, etc.)
 Nee Ja, wegens
- Medisch specialist?
 Nee Ja, wegens
- Fysio-, of andere therapeut?
 Nee Ja, wegens
- Alternatieve arts?
 Nee Ja, wegens

Werd u weleens in een ziekenhuis opgenomen of heeft u operaties ondergaan?

Nee Ja, wegens

Gebruikt(e) u langdurig geneesmiddelen?

Nee Ja, wegens

Welke?

Risicoprofiel

- Hoeveel uur per week besteedt u aan forse lichamelijke inspanning (werken en/of sport)? uur
- Rookt u? Ja, sigaretten / shag / sigaren per dag Nee jaar geleden gestopt / nooit gerookt.
- Drinkt u meer dan 25 glazen alcohol per week? Nee Ja
- Komen in de familie (vader, moeder, broers of zusters) de volgende aandoeningen voor:
 - Hoge bloeddruk Nee Ja, bij
 - Hart- en vaatziekten Nee Ja, bij
 - Suikerziekte Nee Ja, bij

Heeft u opmerkingen over de werksituatie? (veiligheid, lawaai, etc.) Nee Ja

Beschikt u over een normaal reukvermogen? Nee Ja

Werknemer heeft er wel / geen bezwaar tegen dat de opdrachtgever een kopie van de gezondheidsverklaring ontvangt. Dit betreft geen medische gegevens.

Naam: Datum: Handtekening: