

MEDISCHE KEURING CROW ABC

1. GEGEVENS KANDIDAAT

1.1	Achternaam		M/V
1.2	Voornamen voluit		
1.3	Geboortedatum en geboorteplaats		
1.4	Nationaliteit		
1.5	Adres		
1.6	Postcode en woonplaats		
1.7	Telefoonnummer(s)		
1.8	Nummer (BSN)		
1.9	Email		

2. GEGEVENS HUISARTS

2.1	Naam	
2.2	Adres	

3. OPDRACHTGEVER

3.1	Bedrijf	
3.2	Datum laatste keuring	

4. GEGEVENS HUIDIGE KEURING

U wordt gekeurd voor werken met vervuilde grond

4.1	CROW A	
4.2	CROW B	
4.3	CROW C	

5. MEDISCHE VRAGEN

5.1	Heeft u ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.2	Bent u ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.3	Heeft u ooit een werkgerelateerde aandoening gehad?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.4	Kunt u handen en voeten normaal gebruiken, zowel wat betreft beweging als gevoel?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.5	Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.6	Bent u nachtblind?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.7	Heeft u een bril of contactlenzen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.8	Is uw kleuzien volledig normaal?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.9	Heeft u een operatie of laserbehandeling van de ogen gehad?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.10	Heeft u een gehoorapparaat?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.11	Gebruikt u medicijnen en zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

5.12 Drinkt u alcohol en zo ja, welke en hoeveel eenheden per week?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.13 Rookt u en zo ja, hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.14 Heeft u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
5.15 Bent u nu zwanger en zo ja, verwachte datum bevalling?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> N.V.T.
5.16 Heeft u klachten rond de menstruatie?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> N.V.T.
5.17 Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest?	
5.18 Kunt u werken met een ademluchtmasker?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE <input type="checkbox"/> N.V.T.
5.19 Bijzonderheden

6. GEZONDHEIDSKLACHTEN

6.1 Heeft u last, of last gehad van de onderstaande klachten?	
Suikerziekte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Kanker	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Schildklierandoening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Besmettelijke ziekte, tropische ziekte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Tuberculose	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Trombose of embolie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Beroerte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Epilepsie, toevallen of stuipen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Psychische problemen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Drankprobleem	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Overspannendheid, depressie	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Hoogte- / ruimte- / engtevrees	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Slapeloosheid	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Slaapwandelen, bedplassen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Huidziekte, eczeem	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Geslachtsziekte	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Liesbreuk	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Spataderen, aambeien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Hoofdpijn, duizeligheid	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Flauwvallen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Verminderd zien of wazig zien	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Verminderd gehoor of oorsuizen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Hoesten, kortademigheid	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Astma, bronchitis	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Hoge bloeddruk	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

Hart aandoening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Pijn op de borst, hartkloppingen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Dikke voeten, vooral 's avonds	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Maagpijn, misselijkheid of slechte eetlust	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Buikpijn, buikkramp	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Zwarte of verkleurde ontlasting	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Persen of pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Terugkerende en extreme rugpijn	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Pijn in armen, benen en gewrichten	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
Botbreuken, ontwrichting	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
6.2 Bijzonderheden

7. ONDERTEKENING

Ondergetekende is bekend met het feit, dat onjuiste of onvolledige invulling van het formulier tot gevolg kan hebben, dat het geneeskundig onderzoek ongeldig wordt verklaard. Ondergetekende verklaart dan ook het formulier naar waarheid en beste weten te hebben ingevuld.

7.1 Plaats en datum	
7.2 Handtekening

8. GEGEVENS KEURING EN ARTS

8.1 Keuringsdatum	
8.2 Naam keuringsarts	

9. LICHAAMELIJK ONDERZOEK

9.1 Lengte en gewicht		
9.2 BMI		
9.3 Pols en bloeddruk		
9.4 Algemene indruk		
9.5 Psyche		
9.6 Huid		
9.7 Lymfeklieren		
9.8 Hals / schildklier		
9.9 Mond / keel / neus		
9.10 Gebit		
9.11 Spraak		
9.12 Hart		
9.12 Longen		
9.13 Buik		
9.14 Uitwendige geslachtsorganen, liezen		

9.15 Armen	
9.16 Benen	
9.17 Wervelkolom	
9.18 Motoriek	
9.19 Coördinatie	
9.20 Reflexen	

10. GEZICHTVERMOGEN / OGEN

10.1 Visus zonder correctie	OD	OS	ODS
10.2 Visus met correctie	OD	OS	ODS
10.3 Gezichtsveld	OD	OS	
10.4 Uitwendig aspect	OD	OS	
10.5 Oogbewegingen	OD	OS	
10.6 Pupil reflex	OD	OS	
Kleurenonscheidingsvermogen			
10.7 Ishihara 2 of meer fouten			

11. GEHOORVERMOGEN / OREN

11.1 Conversatiespraak	AD	m	AS	m
11.2 Toon-audiometrie verlies 500 Hz.	AD	db	AS	db
11.3 Toon-audiometrie verlies 1000 Hz.	AD	db	AS	db
11.4 Toon-audiometrie verlies 2000 Hz.	AD	db	AS	db
11.5 Toon-audiometrie verlies 3000 Hz.	AD	db	AS	db
11.6 Toon-audiometrie verlies gemiddeld	AD	db		
11.7 Otoscopie	AD		AS	

12. AANVULLEND ONDERZOEK

12.1 Urine	Eiwit	Glucose	Bloed
------------	-------	---------	-------

13. OVERIG AANVULLEND ONDERZOEK

13.1 ECG	
13.2 Longfunctie	
13.3 Inspanning ECG	

14. UITSLAG BLOEDONDERZOEK

14.1 Afwijkingen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
14.2 Uitslag doorgestuurd	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

15. OPMERKINGEN EN AANTEKENINGEN

.....
.....
.....