



Bezoekadres Polikliniek
Mesos Leidsche Rijn
Van Lawick van Pabstlaan 12
Vleuten - De Meern

Postadres

Postbus 8605
3503 RP Utrecht

tel.: (06) 45408864
helpdesk@nkal.nl
www.nkal.nl

Datum	
--------------	--

Persoonsgegevens

Naam			
Geboortedatum		Geslacht	M/V
Adres			
Postcode en Plaats			
Telefoon			
Burgerlijke staat			
Functie/Beroep			
Functieomschrijving			
Branche			
Bedrijf			
Adres			
Postcode en Plaats			
Telefoon			
Datum indiensttreding			
Arbo-dienst			
Adres			
Postcode en Plaats			
Telefoon			
Bedrijfsarts			
Huisarts			
Adres			
Postcode en Plaats			
Telefoon			

Anamnese

Heeft u een van de volgende klachten:

1. Kortademigheid? nee ja
Zo ja, sinds wanneer?
- Treedt dit aanvalsgewijs op? nee ja
Hoe vaak komt dit voor?per.....
Hoelang duurt zo'n aanval?
- Moet u dan stoppen met werken? nee ja
2. Piepen op de borst? nee ja
3. Hoesten? nee ja
Zo ja, sinds wanneer?
- Hoest u meer dan 2 maanden per jaar bijna elke dag? nee ja
- Geeft u ook slijm op? nee ja
Zo ja, hoeveel slijm?
- Kleur slijm?
- Geeft u weleens bloed op? nee ja
4. Heeft u koorts gehad? nee ja
5. Heeft u vooral klachten in ochtend/middag/avond/nacht
(doorhalen wat niet van toepassing is) voorjaar/zomer/herfst/winter
6. Bent u ergens overgevoelig/allergisch voor? nee ja
Zo ja, beschrijf dan waarvoor:
.....
.....
7. Zijn er bepaalde omstandigheden waaronder u klachten krijgt bijvoorbeeld bij inspanning, blootstelling aan bepaalde stoffen of geuren etc.? nee ja
Zo ja, welke omstandigheden zijn dit?:
.....
.....
8. Rookt u of heeft u gerookt? nee ja
Zo ja, sindsjaar sigaretten/sigaren/pijp
Hoeveelheid per dag
9. Heeft u ooit eczeem gehad? nee ja
Heeft u ooit last gehad van "galbulten"? nee ja
Heeft u ooit last van loopneuzen, verstopte neuzen of niesbuien? nee ja
Heeft u ooit last van geïrriteerde of waterige ogen? nee ja

10. Heeft u last van neuspoliepen? nee ja
 Heeft u last van bijholteontstekingen? nee ja
11. Komen er in de familie long- en luchtwegklachten voor? nee ja
 Zo ja, welke klachten en bij wie?

12. Gebruikt u op dit moment medicijnen? nee ja
 Zo ja, welke?

13. Heeft u ooit medicijnen gebruikt in verband met longaandoeningen of
 neusklachten? nee ja
 Zo ja, welke en wanneer?

14. Heeft u in het verleden bepaalde ziekten of aandoeningen gehad? nee ja
 Zo ja, welke en wanneer?

Arbeidsanamnese

1. Wat voor klachten heeft u op dit moment?

2. Denkt u dat uw klachten samenhangen met het werk? nee ja
 Zo ja, beschrijf met welke werkzaamheden.

3. Bent u op dit moment nog werkzaam in de functie waarin u klachten kreeg? nee ja
 Zo nee, wanneer bent u dan gestopt?

4. Zijn er collega's met dezelfde of dergelijke klachten? nee ja
5. Heeft u gezinsleden met dezelfde of dergelijke klachten? nee ja

6. Lijkt het alsof uw klachten toenemen bij bepaalde activiteiten? nee ja
Zo ja, beschrijf bij welke activiteiten.

.....
.....

7. Heeft u minder klachten op dagen waarop u niet gewerkt heeft? nee ja

Verbeterd uw ademhalingsstoestand:
thuis? nee ja
in het weekend? nee ja
op vakantie? nee ja

8. Is er de afgelopen maanden iets veranderd op uw werk? nee ja
Zo ja, wat is er veranderd?

.....
.....

9. Heeft zich op uw werk onlangs een ongeval voorgedaan? nee ja

10. Is uw manier van werken onlangs gewijzigd? nee ja

11. Is er voldoende ventilatie op uw werkplek? nee ja

12. Eet u op de werkplek? nee ja

13. Rookt u op het werk? nee ja

Zo ja, wat rookt u? sigaretten/sigaren/pijp
Hoeveelheid per dag

14. Heeft u ooit verzuimd door een ziekte of aandoening als gevolg van het werk? nee ja
Zo ja, beschrijf waarom.

.....
.....

15. Heeft u op uw werk ooit ademhalingsproblemen gehad? nee ja
Zo ja, beschrijf dan welke ademhalingsproblemen u heeft gehad.

.....
.....

16. Heeft u ooit met een stof gewerkt die huiduitslag of andere
huidproblemen veroorzaakte? nee ja
Zo ja, beschrijf dan de reactie en de stof.

.....
.....

17. Bent u ooit om gezondheidsredenen veranderd van werk? nee ja
Zo ja, omdat:

.....
.....

Blootstelling in de arbeidssituatie

18. Weet u wat voor dampen/luchtjes/stoffen u inademt op het werk?
Zo ja, schrijf ze hieronder op:
-
.....
19. Wordt u op dit moment blootgesteld aan een van de volgende factoren?
- | | |
|--------------------------------------|--|
| metalen | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| stof en/of vezels | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| chemicaliën | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| rook, gassen, dampen | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| dierlijk en/of plantaardig materiaal | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| straling | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| temperatuurswisselingen | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
| biologische agentia | nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> |
20. Bent u in het verleden hieraan blootgesteld geweest? nee ja
Indien u bij vraag 19 ergens ja heeft aangekruist, beschrijf dan hieronder de blootstelling zo nauwkeurig mogelijk. Bijvoorbeeld: hoe u blootgesteld bent en wat de naam van de stof was, enzovoort.
-
.....
21. Komt of kwam het materiaal in aanraking met uw huid of kleding? nee ja
22. Wordt of werd uw werkkleding thuis gewassen? nee ja
23. Kunt of kon u het materiaal of de chemische stof waarmee u werkt of heeft gewerkt ruiken? nee ja
24. Draagt of droeg u persoonlijke beschermingsmiddelen, zoals handschoenen, bril of adembescherming?
Zo ja, welke? schrijf ze hieronder op. nee ja
-
.....
25. Wordt of werd u aangeraden om persoonlijke beschermingsmiddelen te dragen? nee ja
26. Is het gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen aan u uitgelegd? nee ja

Omgeving

1. Bent u ooit van omgeving veranderd in verband met gezondheidsklachten?
Zo ja, omdat: nee ja
-
.....
2. Woont u in de buurt van een industrieterrein, fabriek, of stortplaats?
Zo ja, beschrijf dit dan. nee ja
-
.....

3. Heeft u of een van uw huisgenoten hobby's? nee ja
Zo ja, schrijf hieronder op welke hobby's.

.....
.....

4. Worden huisgenoten blootgesteld aan stof of chemicaliën op het werk of in hun vrije tijd? nee ja
Zo ja, geef dan een beschrijving:

.....
.....

5. Gebruikt u bestrijdingsmiddelen? nee ja
Denk aan anti-vlooiemiddelen en onkruidverdelgers.
Zo ja, schrijf hieronder op welke.

.....
.....

6. Wat van het hierondergenoemde heeft u in huis?

- | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| air conditioner | <input type="checkbox"/> | luchtverfrisser | <input type="checkbox"/> | centrale verwarming | <input type="checkbox"/> |
| gasfornuis | <input type="checkbox"/> | elektrisch fornuis | <input type="checkbox"/> | open haard | <input type="checkbox"/> |
| houtkachel | <input type="checkbox"/> | luchtbevochtiger | <input type="checkbox"/> | | |

7. Heeft u recent nieuwe meubels, vloerbedekking gekocht of uw huis anders ingericht? nee ja
Zo ja, schrijf hieronder op wat.

.....
.....

8. Werkt u zelf aan uw auto? nee ja

9. Heeft u huisdieren of komt u hiermee in aanraking? nee ja
Zo ja, wat voor een huisdieren heeft u?

.....
.....

Ruimte voor eventuele toelichting op al de gegeven antwoorden.

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

