

KEURINGSFORMULIER

NEDERLANDS

Lichamelijk onderzoek	
• Naam , Voornaam	
• Geboorteplaats	
• Geboortedatum (dd,mm,jj)	
• Geslacht	Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/>
• Nationaliteit	
• Functie	
• Naam en adres huisarts	
• Nummer identiteitskaart	
• Nummer paspoort	
• Nummer zeemansboekje	
• Rederij / Zeevaartschool	
• Type schip (vb container, tanker, passagier, vissersvaartuig, alle types)	
• Vaargebied (vb kust, tropische gebieden, wereldwijd)	

Persoonlijke verklaring van de betrokkene (indien nodig verschaft de geneesheer uitleg)

Heeft u ooit klachten gehad van : (enkel aankruisen wat van toepassing is)

	AANDOENING	JA	NEE		AANDOENING	JA	NEE
1	Oog / gezichtsproblemen			28	Drug/alcohol misbruik of verslaving		
2	Oor / gehoorproblemen			29	Chirurgische ingreep		
3	Hardhorigheid			30	Epilepsie, toevallen of stuipen		
4	Hoge bloeddruk			31	Duizeligheid / flauwvallen		
5	Hart- en/of vaatziekten			32	Bewustzijnsverlies		
6	Hartchirurgie			33	Geestesstoornis		
7	Spataderen			34	Depressie / overspannenheid		
8	Astma / Chronische bronchitis			35	Zelfmoordpoging		
9	Bloedziekten			36	Geheugenverlies		
10	Diabetes (suikerziekte)			37	Beven, trillen v/d handen of ander lichaamsdeel		
11	Schildklierandoeningen			38	Evenwichtsstoornissen		
12	Spijverteringsstoornissen / buikpijn			39	Schele Hoofdpijn		
13	Nierproblemen			40	Neus-, keel- of oorproblemen		
14	Huidaandoeningen			41	Beender- of gewrichtsproblemen		
15	Allergieën			42	Rugproblemen		
16	Besmettelijke/overdraagbare ziekten			43	Amputatie		
17	Sexueel overdraagbare aandoeningen			44	Beenderbreuken/Ontwrichtingen		
18	Herniae (vb. liesbreuk, navelbreuk)			45	Kanker		
19	Diarree			46	Tuberculose		
20	Maagzweer			47	Trombose of embolie		
21	Tropische ziekten (vb. Malaria)			48	Beroerte		
22	Sinusitis			49	Plasproblemen, blaasziekte		
23	Neusbloedingen			50	Nierziekte		
24	Zeeziekte			50 a	Hoogte- / ruimte- /engtevrees		
25	Tandproblemen						
26	Voortplantingstoornissen						
27	Slaapproblemen						

Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.



KEURINGSFORMULIER

Indien u op een van de vragen op de vorige pagina **JA** hebt geantwoord, geef dan hier meer uitleg :

Verdere vragen :

		JA	NEE
51	Bent u ooit afgemonsterd of gerepatrieerd wegens ziekte?		
52	Bent u ooit gehospitaliseerd?		
53	Bent u ooit arbeidsongeschikt verklaard?		
54	Is uw certificaat van medische geschiktheid ooit beperkt of ingetrokken?		
55	Meent u dat u een medisch probleem hebt of aan een ziekte lijdt?		
56	Voelt u zich gezond en in staat de taken behorende tot uw functie uit te voeren?		
57	Drinkt u alcohol en zo ja hoeveel?		
58	Rookt u en zo ja hoeveel?		
59	Gebruikt u drugs en ja, welke en hoeveel?		
60	Bent u overgevoelig aan medicatie of bepaalde stoffen?		
61	Voor vrouwen: Bent u nu zwanger?		
62	Voor vrouwen: Heeft u klachten betreffende de menstruatie? Commentaar :		
63	Gebruikt u voorgeschreven of zelf medicatie? Indien u ja hebt geantwoord, vermeld dan de reden(en) en de dosis/doses:		

Hierbij verklaar ik dat ik bovenvermelde verklaring naar waarheid en beste weten heb ingevuld.

Handtekening van betrokkene:

Datum (dag/maand/jaar) :/...../.....

Ingevuld in aanwezigheid van:

Handtekening :

**Hierbij verklaar ik dat al mijn vorige medische gegevens aan dr.
(erkend geneesheer) mogen worden bekend gemaakt.**

Handtekening van betrokkene:

Datum (dag/maand/jaar) :/...../.....

Ingevuld in aanwezigheid van:

Handtekening :

MEDISCHE KEURING



KEURINGSFORMULIER

Datum onderzoek (dd,mm, jj):

Betreft:

Eerste onderzoek
 Periodiek onderzoek
 Aanvullend onderzoek

Zeevarende zonder uitkijk of wachtfunctie
 Dek of brugdienst met wachtfunctie
 Machinekamerdienst met wachtfunctie

Zicht *Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*

Onderzoek specialist	<input type="checkbox"/>	vereist	<input type="checkbox"/>	niet vereist
Vermogen				
Visus zonder correctie	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Visus met correctie	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Nabijzien				<input type="checkbox"/>
Gezichtsvelde	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Nachtblindheid	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
Kleurenonderscheidingsvermogen Ishihara	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nee
Andere (Farnsworth)	<input type="checkbox"/>	voldoende	<input type="checkbox"/>	onvoldoende (indien Ishihara onvoldoende)
Hardy-Rand-Ritler	<input type="checkbox"/>	voldoende	<input type="checkbox"/>	onvoldoend (indien Farnsworth onvoldoende)
Diversen oog				
Uitwendig aspect	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Oogbeweging	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Pupilreflex	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>
Funduscopie	OD	<input type="checkbox"/>	OS	<input type="checkbox"/>

Gehoor *Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*

Onderzoek specialist	<input type="checkbox"/>	vereist	<input type="checkbox"/>	niet vereist
Fluisterspraak (in meter)	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
Toon-audiometrie (in decibel)				
500 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
1000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
2000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
3000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
4000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
5000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
6000 Hz	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
Gemiddeld	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>
Diversen oor				
Otoscopie	AD	<input type="checkbox"/>	AS	<input type="checkbox"/>

Lichamelijk onderzoek *Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*

Gestalte (m)	<input type="checkbox"/>
Gewicht (kg)	<input type="checkbox"/>
Quetelet (body mass index)	<input type="checkbox"/>
Systolische BD	<input type="checkbox"/>
Diastolische BD	<input type="checkbox"/>
Polsslag	<input type="checkbox"/>
Aard polsslag	<input type="checkbox"/>
Hartauscultatie	<input type="checkbox"/>
Algemene psychische en lichamelijke conditie	<input type="checkbox"/>
Lymfeklieren	<input type="checkbox"/>
>>	<i>Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.</i>
Huid	<input type="checkbox"/>
• Nagelafwijkingen	<input type="checkbox"/>



KEURINGSFORMULIER

• <i>Tatoeage</i>				
• <i>Hygiëne</i>				
Hals				
Mond/keel/neus				
• <i>Keel</i>				
• <i>Neus</i>				
• <i>Linker oor</i>				
• <i>Rechter oor</i>				
Gebit				
• <i>Toestand ondergebit</i>				
• <i>Toestand bovengabit</i>				
• <i>Tandformule</i>				
Spraak				
Longen				
• <i>Longauscultatie</i>				
Buik				
• <i>Inspectie</i>				
• <i>Auscultatie</i>				
• <i>Palpatie</i>				
• <i>Percussie</i>				
• <i>Herniae (Valsalva proef)</i>				
Uitwendige geslachtsorganen, Liezen				
Armen				
Benen				
Wervelkolom				
• <i>Houding</i>				
• <i>Wervelpijn</i>				
• <i>Lasègue symptoom</i>				
• <i>Mobiliteit</i>				
• <i>Anteroflexie lumbale wervelkolom</i>				
• <i>Lateroflexie lumbale wervelkolom</i>				
• <i>Extensie lumbale wervelkolom</i>				
• <i>Rototie van de wervelzuil met gefixeerd bekken</i>				
• <i>Schöber index</i>				
• <i>Hand-grond afstand</i>				
Motoriek/coördinatie/reflexen				
• <i>Romberg proef</i>				
• <i>Evenwichtsonderzoek</i>				
• <i>Tremor</i>				
• <i>Spierkracht</i>	Rechter hand:		Linker hand:	
• <i>Reflexen</i>	KPR:		KPR:	
• <i>Reflexen</i>	APR:		APR:	
Bloedsomloop				
• <i>a. carotis</i>				
• <i>a. tibialis posterior</i>				
• <i>Perifere arterieën</i>				
• <i>Varicosis</i>				
• <i>Oedeem</i>				
• <i>Spider naevus</i>				
• <i>Telangiëctasie</i>				
Aanvullende onderzoeken	<i>Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.</i>			
Longfunctieproeven				
• <i>Longfunctieproef - peak flow</i>				
• <i>Longfunctieproef - spirometrie</i>				



KEURINGSFORMULIER

EKG	
Urine	
• Urine onderzoek - Glucose	
• Urine onderzoek - Albumine	
• Urine onderzoek - Sediment	
Tuberculose Test	
• RX Thorax	Datum: dd/mm/yyyy
• Huidtest (Mantoux)	Vrijstelling:
Bloed	
<i>Bloedonderzoek algemeen:</i>	
• Erythrocyten	
• Leucocyten	
• WBC-formule	
• Hb	
• Ht	
• MCV	
• RDW	
• Sedimentatie	
• ASAT	
• ALAT	
• Gamma GT	
<i>Bloedonderzoek 'Alcohol en Drugs' :</i>	
• Ethanol	
• Cannabinoiden	
• Amphetamine	
• Cocaine	
• Opiaten	
• Pcp	
<i>Cardiovasculair risico (CRE)</i>	

Het digitaal dossier

Vaccinatie	Datum laatste vaccinatie (dd/mm/jjjj)
Tetanus	
Hepatitis A	
Hepatitis B	
Difterie	
Virale Hepatitis	
Cholera	
Poliomyelitis	
Griep	
Gele Koorts	

Besluit			
Geschikt	<input type="checkbox"/>	1 jaar	<input type="checkbox"/> anders n.l. :
Ongeschikt	<input type="checkbox"/>	tijdelijk	<input type="checkbox"/> voorwaardelijk <input type="checkbox"/> definitief
Geldigheidsgebied:	<input type="checkbox"/>	onbeperkt	<input type="checkbox"/> anders n.l. :

Naam erkende geneesheer :

Datum (dag/maand/jaar) :/...../.....

Handtekening :

Handtekening van betrokkene (zeevarende):

.....

