HealthOnboard.com
CONNECTED TO CARE

KEURINGSFORMULIER **NEDERLANDS**

Lichamelijk onderzoek		
▪ Naam , Voornaam		
▪ Geboorteplaats		
▪ Geboortedatum (dd,mm,jj)		
▪ Geslacht	Man ☐	Vrouw ☐
▪ 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	Schildklieraandoeningen			38	Evenwichtsstoornissen		
12	Spijsverteringsstoornissen / 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						

HealthOnboard.com
CONNECTED TO CARE

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

HealthOnboard.com
CONNECTED TO CARE

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	☐	vereist	☐	niet vereist	
Vermogen					
Visus zonder correctie	OD		OS		ODS
Visus mèt correctie	OD		OS		ODS
Nabijzien					ODS
Gezichtsveld	OD		OS		
Nachtblindheid	☐	ja	☐	nee	
Kleurenonderscheidingsvermogen Ishiara	☐	ja	☐	nee	
Andere *(Farnsworth)*	☐	voldoende	☐	onvoldoende (indien Ishihara onvoldoende)	
Hardy-Rand-Ritler	☐	*voldoende*	☐	*onvoldoend (indien Farnsworth onvoldoende)*	
Diversen oog					
Uitwendig aspect	OD		OS		
Oogbeweging	OD		OS		
Pupilreflex	OD		OS		
Funduscopie	OD		OS		

Gehoor					*Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*
Onderzoek specialist	☐	vereist	☐	niet vereist	
Fluisterspraak (in meter)	AD		AS		
Toon-audiometrie (in decibel)					
500 Hz	AD		AS		
1000 Hz	AD		AS		
2000 Hz	AD		AS		
3000 Hz	AD		AS		
4000 Hz	*AD*		*AS*		
5000 Hz	*AD*		*AS*		
6000 Hz	*AD*		*AS*		
Gemiddeld	AD		AS		
Diversen oor					
Otoscopie	AD		AS		

Lichamelijk onderzoek	*Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*
Gestalte (m)	
Gewicht (kg)	
Quetelet (body mass index)	
Systolische BD	
Diastolische BD	
Polsslag	
Aard polsslag	
Hartauscultatie	
Algemene psychische en lichamelijke conditie	
Lymfeklieren	
>>	*Schuingedrukte items zijn extra vereisten van bepaalde werkgevers.*
Huid	
• *Nagelafwijkingen*	

zie digitaal dossier

KEURINGSFORMULIER

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

Zie digitaal dossier

HealthOnboard.com
CONNECTED TO CARE

KEURINGSFORMULIER

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

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

Besluit						
Geschikt		1 jaar		anders n.l :		
Ongeschikt		tijdelijk		voorwaardelijk		definitief
Geldigheidsgebied:		onbeperkt		anders n.l :		

Naam erkende geneesheer :

Datum (dag/maand/jaar) : ……/……/……
Handtekening :

Handtekening van betrokkene (zeevarende):

……

mig digital dossier