

Vragenlijst over arbeidsgelateerde luchtwegklachten.

Toelichting bij de vragenlijst

De vragenlijst bevat voornamelijk vragen over longklachten, allergische klachten en klachten tijdens en na het werk. Veel vragen kunt u met ja of nee beantwoorden. Indien naar getallen wordt gevraagd, wilt u deze dan zo nauwkeurig mogelijk invullen? U maakt uw keuze door een kruisje binnen het kader van het hokje te plaatsen.

Goed: Indien u zich heeft vergist maak het hokje zwart en kruis dan het andere hokje aan.

Wilt u alleen een zwarte of een donkerblauwe pen of ballpoint gebruiken?

Vragen?

Mocht u nog vragen over deze vragenlijst hebben, dan kunt u deze vragen voorleggen tijdens het bezoek aan de polikliniek.

1. Persoonsgegevens

Naam:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Geboortedatum:

Geslacht:

Burgerlijke staat:

Functie:

Branche

Werkgever:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Datum in diensttreding:

Arbodienst:

Bedrijfsarts:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Huisarts:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoonnummer:

Zorgverzekeraar/klantnummer:

Burger Service Nummer:

2. Functie en werkzaamheden

1 Wilt u in onderstaande tabel aangeven welke functies u in het verleden heeft gehad?

Naam werkgever Adres en plaats	Gewerkt		Aantal uren	Beschrijving werkzaamheden	Gezondheids- klachten		Opmerkingen
	Van	tot			Ja	Nee	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ruimte voor aantekeningen door arts

3. Gezondheid

Oogklachten

- | | Ja | Nee |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 3a Heeft u last van jeuk, roodheid of tranende ogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3b Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Neusklachten

- | | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4a Heeft u last van niezen, loopneus of verstopte neus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4b Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- | | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5a Heeft u last van neusbijholtenontstekingen (sinusitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5b Zo ja, hoe vaak heeft u deze gehad? | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 6 Heeft u last van neuspoliepen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Bent u bekend of onder behandeling (geweest) bij de KNO-arts? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Luchtwegklachten

- | | Ja | Nee |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 8 Heeft u last van hoesten, piepen of kortademigheid: | | |
| - In aanvallen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - 's Nachts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Na inspanning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Na blootstelling aan allergenen afkomstig van bijvoorbeeld huisstofmijt
huisdieren, gras, pollen (hooikoorts), invloeden van de seizoenen... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zo ja, kunt u dit toelichten?

	Ja	Nee
--	----	-----

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| - Na blootstelling aan aspecifieke prikkels, bijvoorbeeld temperatuurwisselingen, mist,
chemische geuren... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|

Ruimte voor aantekeningen door arts

Zo ja, kunt u dit toelichten?

Sinds wanneer heeft u deze klachten?

--	--	--	--

Ja **Nee**

9 Heeft u gedurende het afgelopen jaar wel drie maanden achtereen vrijwel dagelijks gehoest?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10a Heeft u gedurende het afgelopen jaar wel drie maanden vrijwel dagelijks slijm opgehoest?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

10b Zo ja, welke kleur heeft het slijm?

Ja **Nee**

11 Geeft u wel eens bloed op?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Huidaandoeningen

Ja **Nee**

12a Heeft u last van eczeem?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12b Heeft u last van andere huidproblemen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

12c Zo ja, sinds wanneer heeft u deze klachten?

--	--	--	--

Ja **Nee**

13 Heeft u ooit met een stof gewerkt die huiduitslag of andere huidproblemen veroorzaakte?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Zo ja, kunt u dit toelichten?

Overige klachten

Ja **Nee**

14 Duurt herstel na een verkoudheid langer dan 10 dagen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

15 Heeft u wel 1 keer per maand of vaker last van koorts of verkoudheid?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

16 Snurkt u overmatig?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Ruimte voor aantekeningen door arts

4. Klachten in relatie tot het werk

Wilt u onderstaande vragen beantwoorden en aankruisen op welk gebied uw klachten van toepassing zijn?

		Ogen	Neus	Lucht- wegen	Huid	
17a	Ontstaan of verergeren uw klachten tijdens uw werk?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17b	Zijn er collega's met dezelfde of dergelijke klachten?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u bij vraag 17 a en 17 b Nee heeft ingevuld, kunt u doorgaan met vraag 18.

		Ogen	Neus	Lucht- wegen	Huid	
17c	Verdwijnen uw klachten snel na thuiskomst?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17d	Blijven uw klachten, na het stoppen met werk, nog lang aanwezig?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17e	Nemen uw klachten in de loop van de werkweek toe?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17f	Verbeteren uw klachten in perioden dat u niet werkt, bijvoorbeeld tijdens weekend of vakanties?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17g	Keren uw klachten herhaaldelijk terug bij blootstelling?	Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Ja	Nee
18	Wordt u op dit moment blootgesteld aan een van de volgende factoren:		
-	Metalen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Stof en/of vezels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Chemicaliën	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Rook, gassen en/of dampen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Dierlijk en/of plantaardig materiaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Straling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Temperatuurswisselingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Biologische agentia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor aantekeningen door arts

- | | | Ja | Nee |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 19a | Bent u in het verleden aan bovengenoemde factoren blootgesteld? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19b | Zo ja, kunt u dit toelichten? | | |
-
-

- | | | Ja | Nee |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 20a | Zijn uw klachten ontstaan of veranderd door wijziging in werkomstandigheden of het gebruik van nieuwe producten/ grondstoffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20b | Zo ja, kunt u dit toelichten? | | |
-
-

20c Kunt u aangeven bij welke werkzaamheden deze klachten optreden?

- | | | Ja | Nee |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 21a | Heeft u ooit verzuimd vanwege deze klachten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21b | Zo ja, kunt u dit toelichten? | | |
-
-

- | | | Ja | Nee |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 22a | Bent u ooit vanwege deze klachten van functie veranderd? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22b | Zo ja, kunt u dit toelichten? | | |
-
-

- | | | Ja | Nee |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 23 | Heeft er op uw werk onlangs een incident plaatsgevonden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 | Komt of kwam het materiaal in aanraking met uw huid of kleding? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 | Kunt u of kon u het materiaal of de chemische stof waarmee u werk of heeft gewerkt, ruiken? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ruimte voor aantekeningen door arts

		Ja	Nee
26a	Maakt u gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen (bijvoorbeeld een mondkapje)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26b	Zo ja, welke persoonlijke beschermingsmiddelen gebruikt u?		

		Ja	Nee
27	Is er voldoende ventilatie op uw werkplek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Wordt of werd uw werkkleding thuis gewassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Roken

- 29 Heeft u gedurende uw hele leven meer dan 100 sigaretten / 50 sigaren / 500 g pijptabak gerookt?
- Nee, → ga verder met vraag 32
 - Ja, ik heb vroeger gerookt, maar ben nu gestopt met roken → ga verder met vraag 30
 - Ja, ik rook nog steeds → ga verder met vraag 31
- 30 Wilt u aangeven hoeveel sigaretten, sigaren en gram pijptabak u gemiddeld per dag rookte, toen u rookte?
(1 pakje shag = 40 sigaretten)
- Sigaretten per dag
 - Sigaren per dag
 - Pijptabak g per dag
 - Hoe oud was u, toen u begon met roken? jaar
 - Hoe oud was u, toen u stopte met roken? jaar
- 31 Wilt u aangeven hoeveel sigaretten, sigaren en gram pijptabak u gemiddeld per dag rookt?
(1 pakje shag = 40 sigaretten)
- Sigaretten per dag
 - Sigaren per dag
 - Pijptabak g per dag
 - Hoe oud was u, toen u begon met roken? jaar

Ruimte voor aantekeningen door arts

6. Medische voorgeschiedenis en medicatie

		Ja	Nee
32	Heeft u in uw jeugd de volgende aandoeningen gehad?		
-	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Heeft u op dit moment een allergie voor:		
-	Grassen en boompollen (Hooikoorts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Huisdieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Huistofmijt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Overig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Heeft u in het verleden bepaalde aandoeningen gehad?		

Medische voorgeschiedenis	Jaar
1	
2	
3	
4	
5	
6	

35 Gebruikt u op dit moment geneesmiddelen?

Geneesmiddelen
1
2
3
4
5
6

7. Familie en woonomgeving

		Ja	Nee
36	Komen de volgende aandoeningen in uw familie voor:		
-	Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Hooikoorts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-	Eczeem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ruimte voor aantekeningen door arts

Ja **Nee**

37 Heeft u hobby's die mogelijk in verband staan met uw klachten?

Zo ja, welke hobby's?

Ja **Nee**

38a Bent u ooit van omgeving veranderd in verband met gezondheidsklachten?

38b Zo ja, kunt u dit toelichten?

Ja **Nee**

39a Woont u in de buurt van een industrieterrein, fabriek, stortplaats of snelweg?

39b Zo ja, kunt u dit toelichten?

Ja **Nee**

40 Heeft u recent nieuwe meubels, vloerbedekking gekocht of uw huis verbouwd?

Zo ja, kunt u dit toelichten?

Ja **Nee**

41 Heeft u huisdieren of komt u hiermee in aanraking?

Zo ja, welke huisdieren?

Ruimte voor aantekeningen door arts
