



MEDISCHE VRAGENLIJST

NL

MEDISCH GEHEIM

NAAM:Voornaam.....

Geboortedatum:Stamnummer.....

Adres:

KAND : Vrijwilliger - Onderofficier - Officier - Reservist

Beroep:

Deze vragenlijst is van zéér groot belang voor de artsen die u zullen onderzoeken. De kennis van de ziekten, operaties en ongelukken die u gehad heeft, zijn een grote hulp om zich een juist oordeel over uw huidige gezondheidstoestand te vormen. Gelieve dit document gewetensvol en volledig in te vullen en het mee te brengen naar de Medische Basisselectie. ZEND HET NIET ELDERS EN NIET OP VOORHAND.

- Opmerkingen. - 1. In geval u niet bekwaam zou zijn deze vragenlijst nauwkeurig in te vullen, mag dit gebeuren met de hulp van anderen (bijvoorbeeld: ouders of huisarts).
- 2. Een verslag van de behandelend huisarts of specialist, kan nuttig zijn voor aandoeningen of gezondheidsproblemen die u aangeeft als belangrijk. (mee te brengen naar de Medische basisselectie)

VOORAFGAANDE VRAGEN

(Maak het bolletje zwart in de desbetreffende kolom)	Ja	Nee	Zo JA, vul aan.
1. Heeft u, met het oog op aanwerving bij Defensie, reeds een geneeskundig onderzoek ondergaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, wat was de beslissing betreffende uw medische geschiktheid?.....
2. Bent u reeds militair geweest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3. Bent u burgerlijk invalide of militair invalide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, breng een afschrift mee van uw invaliditeitsbewijs
4. Bent u reeds aan een geneeskundig onderzoek onderwerpen met het oog op het aangaan van een levensverzekering	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, wat was toen de beslissing?.....
5. Verbleef u reeds in een ziekenhuis, een psychiatrisch ziekenhuis of instelling ter behandeling of observatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Zo JA, waarom? Wanneer? (Vanaf ... Tot ...).....
6. Heeft u uw werk of studies moeten onderbreken wegens gezondheidsredenen voor drie of meer weken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Zo JA, waarom? Wanneer? (Vanaf ... Tot ...).....
7. Heeft u reeds een chirurgische ingreep ondergaan?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, welke en wanneer?.....
8. Heeft u reeds breuken, ontwrichtingen of verstuikingen gehad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, welke en wanneer?
9. Draagt u een orthopedisch apparaat, is er osteosynthese materiaal of een tandprothese aanwezig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, welke?

GEBRUIK (MEDICATIE/TABAK/VERDOVENDE OF STIMULERENDE MIDDELEN)

(Maak het bolletje zwart in de desbetreffende kolom)	Ja	Nee	Zo JA, vul aan.
Gebruikt u medicatie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, welke?
Rookt u?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, hoeveel en wat?
Drinkt u alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, wat, hoeveel en frequentie?
Gebruikt u verdovende of stimulerende middelen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo JA, welke en frequentie?.....

ERFELIJKE EN FAMILIALE VOORGESCHIEDENIS. - Dit betreft uw vader, moeder, broers en zussen.

Hoe oud is uw moeder?	Vraag : Heeft een familielid geleden aan één van volgende ziekten : Hartproblemen, astma, diabetes, neuro-psychologische problemen, genetische ziekten, andere ziekten? Vermeld de ziekte en verduidelijk de gevolgen (genezing, overlijden, actuele toestand). <u>Voorbeeld:</u> "Vader overleden aan hartziekte op de leeftijd van 45 jaar". Antwoord(en):
Hoe oud is uw vader?	
Hoeveel broers heeft u?	
Hoeveel zussen heeft u?	

LIJDT U OF HEEFT U GELEDEN AAN EEN VAN DE ZIEKTEN VERMELD HIERONDER?				
(Maak het bolletje zwart in de juiste kolom, indien u actueel nog lijdt aan de ziekte, maak het bolletje 'Act' ook zwart)				
ALGEMENE GENEESKUNDE	Ja	Jaar	Act	Nee
Longaandoeningen (astma, pneumothorax, mucoviscidose,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cardiovasculaire aandoeningen (hartkloppingen, ritmestoornissen, thoracale pijn)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewustzijnsverlies/syncope	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bloeddrukproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maagaandoeningen (zweren, reflux, gastritis,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lever/galblaas/pancreasaandoeningen (hepatitis, geelzucht, galstenen,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Darmziekten (Crohn, Colitis ulcerosa, diverticulitis,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schildklierproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Diabetes (suikerziekte)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Botziekten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hematologische aandoeningen (bloedarmoede, stollingsstoornissen, leukemie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HIV/SOA/Virale hepatitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urinewegproblemen (nierstenen, misvorming van de nier...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tumoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allergieën (huid, luchtwegen, voeding, medicatie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klachten aan de lage rug, nek, knie of enkel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere (verduidelijk) :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NEURO-PSYCHO	Ja	Jaar	Act	Nee
Schedelfractuur, hersenschudding, coma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epilepsie, convulsies	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cerebrovasculaire accidenten (thrombose, verlamming,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Draaiduizeligheid/evenwichtsproblemen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migraine of ernstige hoofdpijn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stemmingsstoornissen (depressie, zenuwachtigheid, woede, stress,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Claustrofobie, paniekaanvallen, psychose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slaapstoornissen (slapeloosheid, slaapwandelen, nachtmerries,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ADHD, leerstoornis/concentratiestoornis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeeziek, wagenziek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heeft u regelmatig slechte schoolresultaten gehad of conflicten met leerkrachten, klasgenoten, werkgevers of collega's gehad? Familiale conflicten? JA - Nee (Schrap wat niet telt)				
RUBRIEK ENKEL IN TE VULLEN DOOR VROUWEN				
GYNAECOLOGIE	Ja	Nee	Vul aan indien gevraagd.	
Op welke leeftijd heeft u uw eerste maandstonden gekregen?			
Krijgt u uw maandstonden regelmatig elke maand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Nee' hoelang duurt uw menstruele cyclus?	
Hoeveel dagen duren uw maandstonden?			
Zijn de maandstonden pijnlijk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Ja', Hoelang?	
Moet u uw activiteiten onderbreken tijdens de maandstonden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Ja', hoelang?	
Heeft u bloedverlies tussen de maandstonden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Ja', hoelang?	
Datum van de laatste maandstonden? (In te vullen op de MBS)			
Bent u reeds zwanger geweest?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
In welk jaar?			
Normale zwangerschap/bevalling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Nee', welke complicaties?	
Geboortegewicht van de baby('s)?			
Heeft u reeds een gynaecologische ingreep ondergaan? (baarmoeder, eierstokken, eileiders, abortus,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Ja', welke, waarom, wanneer?.....	
Volgt u een hormonale of anticonceptieve therapie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zo 'Ja', welke?.....	
Bent u momenteel zwanger?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
HUIDIGE GEZONDHEIDSTOESTAND			Ja	Nee
Voelt u zich actueel in goede gezondheid?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VERKLARING:				
Ik verklaar eerlijk en volledig geantwoord te hebben op alle vragen.				
Ik weet dat een valse verklaring aangaande mijn gezondheidstoestand, door mij ondertekend,				
een verbreking van dienstneming, wederdienstneming of enig ander nadelig gevolg kan teweeg brengen.				
Datum:				
Handtekening:				

Defensie



MILITAIR HOSPITAAL KONINGIN ASTRID
Centrum voor Medische Expertise
Medische Basis-Selectie

Datum / date :

Sticker sollicitant / postulant

ONDERWERP : Vragenlijst gebruik medicatie

SUJET : Questionnaire utilisation de médicaments

Gelieve ALLE medicatie die U gebruikt hieronder te noteren + sinds wanneer
Veuillez noter ci-dessous tous les médicaments que vous utilisez et depuis quand.

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

Rookt U ? JA / NEEN zo ja : hoeveel en wat ?

Fumez-vous ? OUI / NON si oui : combien et quoi ?

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

Drinkt U alcohol ? JA / NEEN zo ja : hoeveel, frequentie, wat ?

Buvez-vous de l' alcool ? OUI / NON si oui : Combien, fréquence, quoi ?

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

Gebruikt U soms verdovende of stimulerende middelen (drugs) ? JA / NEEN

Utilisez-vous parfois des stupéfiants / stimulants (drogues) ? OUI / NON

Zo ja : wat, frequentie ?

Si oui : quoi, fréquence ?

.....
.....

Oprecht en volledig

Honnête et complet

Naam :

Nom :

Handtekening :

Signature :

Afschrift voor :

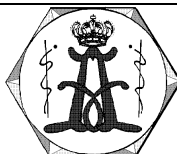
Correspondent : Eric Ponitka

Geneesheer Commandant

Tel : 02/264.53.97 ou 9-2820-53.97

Fax : 02/264.50.13 ou 9-2820-50.13

E-mail: eric.ponitka@mil.be



MILITAIR HOSPITAAL KONINGIN ASTRID

Centrum voor Medische Expertise

Medische Basis-Selectie

1, Bruynstraat

1120 Brussel