

**Paritair Comité van het spektakel
Vervanging van een lid**

Bij koninklijk besluit van 7 februari 1980, dat in werking treedt op 15 februari 1980, wordt de heer Martin Gyselinck, te Temse, als vertegenwoordiger van een werknemersorganisatie, tot gewoon lid benoemd van het Paritair Comité van het spektakel, ter vervanging van de heer Alain Gyseling, te Machelen, wiens mandaat een einde nam op verzoek van de organisatie die hem had voorgedragen; hij zal het mandaat van zijn voorganger voleindigen.

**Paritair Comité voor de voedingsnijverheid
Vervanging van leden**

Bij koninklijk besluit van 7 februari 1980, dat in werking treedt op 15 februari 1980:

a) wordt de heer Paul Nicod, te Brugge, plaatsvervangend lid van het Paritair Comité voor de voedingsnijverheid, als vertegenwoordiger van de werkgeversorganisatie, tot gewoon lid benoemd van dit comité, ter vervanging van de heer Raymond Lauwijck, te Tienen, wiens mandaat een einde nam op verzoek van de organisatie die hem had voorgedragen; hij zal het mandaat van zijn voorganger voleindigen;

b) wordt de heer André Fouyn, te Hoegaarden, als vertegenwoordiger van de werkgeversorganisatie, tot plaatsvervangend lid benoemd van dit comité, ter vervanging van de heer Paul Nicod, te Brugge, die tot gewoon lid wordt benoemd; hij zal het mandaat van zijn voorganger voleindigen.

**Paritair Comité voor het scheepsherstellingsbedrijf
Vervanging van leden**

Bij koninklijk besluit van 7 februari 1980, dat in werking treedt op 15 februari 1980:

a) wordt de heer Marcel Buytaert, te Zwijndrecht, plaatsvervangend lid van het Paritair Comité voor het scheepsherstellingsbedrijf, als vertegenwoordiger van een werknemersorganisatie, tot gewoon lid benoemd van dit comité, ter vervanging van de heer René Geybels, te Hemiksem, wiens mandaat een einde nam op verzoek van de organisatie die hem had voorgedragen; hij zal het mandaat van zijn voorganger voleindigen;

b) wordt de heer Marcel Schoeters, te Kontich, als vertegenwoordiger van een werknemersorganisatie, tot plaatsvervangend lid benoemd van dit comité, ter vervanging van de heer Marcel Buytaert, te Zwijndrecht, die tot gewoon lid wordt benoemd; hij zal het mandaat van zijn voorganger voleindigen.

**Paritair Comité voor de grote kleinhandelzaken
Vervanging van een lid**

Bij koninklijk besluit van 7 februari 1980, dat in werking treedt op 15 februari 1980, wordt Mevr. Agnès Derom, te Vorst, als vertegenwoordiger van een werkgeversorganisatie, tot plaatsvervangend lid benoemd van het Paritair Comité voor de grote kleinhandelzaken, ter vervanging van Mevr. Marie-Thérèse Denys, te Kortenberg, wiens mandaat een einde nam op verzoek van de organisatie die haar had voorgedragen; zij zal het mandaat van haar voorganger voleindigen.

**Paritair Comité voor de textielnijverheid en het breiwerk
Vervanging van een lid**

Bij koninklijk besluit van 7 februari 1980, dat in werking treedt op 15 februari 1980, wordt de heer Jozef De Meyere, te Wervik als vertegenwoordiger van een werknemersorganisatie, tot gewoon lid benoemd van het Paritair Comité voor de textielnijverheid en het breiwerk, ter vervanging van de heer Georges Tytgat, te Kortrijk, ontslagnemend gewoon lid, wiens mandaat hij zal voleindigen.

17 JANUARI 1980. — Ministerieel besluit waarbij de lichamelijke en geestelijke vereisten worden bepaald die gevergd worden om als zeeman (man of vrouw), of shoreganger (man of vrouw) te kunnen ingeschreven worden in de Pool van de zeelieden ter koopvaardij (1)

De Minister van Tewerkstelling en Arbeid,

Gelet op de wet van 25 februari 1964 houdende inrichting van een Pool van de zeelieden ter koopvaardij, inzonderheid op artikel 3;

(1) Zie noot op de volgende bladzijde.

**Commission paritaire du spectacle
Remplacement d'un membre**

Par arrêté royal du 7 février 1980, qui entre en vigueur le 15 février 1980, M. Martin Gyselinck, à Tamise, est nommé, en qualité de représentant d'une organisation de travailleurs, membre effectif de la Commission paritaire du spectacle, en remplacement de M. Alain Gyseling, à Machelen, dont le mandat a pris fin à la demande de l'organisation qui l'avait présenté; il achèvera le mandat de son prédécesseur.

**Commission paritaire de l'industrie alimentaire
Remplacement de membres**

Par arrêté royal du 7 février 1980, qui entre en vigueur le 15 février 1980:

a) M. Paul Nicod, à Bruges, membre suppléant de la Commission paritaire de l'industrie alimentaire, est nommé, en qualité de représentant de l'organisation d'employeurs, membre effectif de cette commission, en remplacement de M. Raymond Lauwijck, à Tirlemont, dont le mandat a pris fin à la demande de l'organisation qui l'avait présenté; il achèvera le mandat de son prédécesseur;

b) M. André Fouyn, à Hoegaarden, est nommé, en qualité de représentant de l'organisation d'employeurs, membre suppléant de cette commission, en remplacement de M. Paul Nicod, à Bruges, qui est nommé membre effectif; il achèvera le mandat de son prédécesseur.

**Commission paritaire de l'industrie de la réparation de navires
Remplacement de membres**

Par arrêté royal du 7 février 1980, qui entre en vigueur le 15 février 1980:

a) M. Marcel Buytaert, à Zwijndrecht, membre suppléant de la Commission paritaire de l'industrie de la réparation de navires, est nommé, en qualité de représentant d'une organisation de travailleurs, membre effectif de cette commission, en remplacement de M. René Geybels, à Hemiksem, dont le mandat a pris fin à la demande de l'organisation qui l'avait présenté; il achèvera le mandat de son prédécesseur;

b) M. Marcel Schoeters, à Kontich, est nommé, en qualité de représentant d'une organisation de travailleurs, membre suppléant de cette commission, en remplacement de M. Marcel Buytaert, à Zwijndrecht, qui est nommé membre effectif; il achèvera le mandat de son prédécesseur.

**Commission paritaire des grandes entreprises de vente au détail
Remplacement d'un membre**

Par arrêté royal du 7 février 1980, qui entre en vigueur le 15 février 1980, Mme Agnès Derom, à Forest, est nommée en qualité de représentant d'une organisation d'employeurs, membre suppléant de la Commission paritaire des grandes entreprises de vente au détail, en remplacement de Mme Marie-Thérèse Denys, à Kortenberg, dont le mandat a pris fin à la demande de l'organisation qui l'avait présentée; elle achèvera le mandat de son prédécesseur.

**Commission paritaire de l'industrie textile et de la bonneterie
Remplacement d'un membre**

Par arrêté royal du 7 février 1980, qui entre en vigueur le 15 février 1980, M. Jozef De Meyere, à Wervik, est nommé, en qualité de représentant d'une organisation de travailleurs, membre effectif de la Commission paritaire de l'industrie textile et de la bonneterie, en remplacement de M. Georges Tytgat, à Courtrai, membre effectif démissionnaire, dont il achèvera le mandat.

17 JANVIER 1980. — Arrêté ministériel déterminant les aptitudes physiques et mentales requises pour être inscrit comme marin (homme ou femme), ou shoreganger (homme ou femme) au Pool des marins de la marine marchande (1)

Le Ministre de l'Emploi et du Travail,

Vu la loi du 25 février 1964 organisant un Pool des marins de la marine marchande, notamment l'article 3;

(1) Voir note à la page suivante.

Gelet op het koninklijk besluit van 9 april 1965 betreffende de Pool van de zeelieden ter koopvaardij, inzonderheid op artikel 3, eerste lid;

Gelet op het advies van het beheerscomité van de Pool van de zeelieden ter koopvaardij;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, eerste lid;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid,

Besluit :

Artikel 1. § 1. Om als zeeman (man of vrouw) of shoganger (man of vrouw) in de Pool van de zeelieden ter koopvaardij te kunnen ingeschreven worden of blijven moet de kandidaat aan de volgende voorwaarden voldoen :

1. Een gestalte van tenminste 1,52 m hebben. Scheepshulpen moeten evenwel aan deze voorwaarde niet voldoen.

2. Een goede gezondheidstoestand hebben die toelaat volledig, op zee of in de shogang, de taken uit te oefenen die passend zijn voor het beroep.

3. Vrij zijn van kwalen, chronische of in evolutie, die een gevaar kunnen opleveren voor de eigen gezondheid of de gezondheid van andere werknemers of die, wat de zeelieden betreft, tijdens het verblijf op zee kunnen verergeren.

4. Een minimum gezichtsscherpte hebben op beide ogen samen van 0,4 zonder of met corrigerende glazen.

Brildragers moeten over een reservebril aan boord beschikken.

Brillen moeten goedgekeurd zijn door een erkende geneesheer. Op het attest van de keuring wordt uitdrukkelijk vermeld of de belanghebbende al dan niet corrigerende glazen moet dragen.

5. Een voldoende gezichtsveld hebben voor ieder oog.

6. Een voldoende gehoorscherpheid hebben om zonder gehoorapparaat op een afstand van vier meter een gefluisterd woord te horen met beide oren gelijktijdig.

§ 2. De lichaamsgebreken en ziekten welke blijvende of tijdelijke afkeuring voor inschrijving in de Pool tot gevolg hebben zijn bepaald in de bijlage A van dit besluit.

§ 3. Wanneer de zeeman (man of vrouw), of de shoganger (man of vrouw) voor het eerste geneeskundig onderzoek wordt opgeroepen moet hij een geneeskundige vragenlijst invullen, waarvan het model gevoegd is bij dit besluit als bijlage B.

Deze vragenlijst moet hij persoonlijk en uitsluitend aan de geneesheer overhandigen.

De zeeman (man of vrouw), of shoganger (man of vrouw) moet een nieuwe geneeskundige vragenlijst invullen :

1° wanneer hij gedurende twee jaar geen geneeskundig onderzoek meer heeft ondergaan bij een geneesheer aangeduid door de Pool;

2° wanneer hij na de intrekking van de inschrijving in de Pool, zijn wederinschrijving bekomt en opnieuw geneeskundig moet onderzocht worden.

§ 4. Indien de geneesheer een aanvullend onderzoek noodzakelijk acht is de zeeman (man of vrouw), of shoganger (man of vrouw) verplicht de uitleg van voornoemd onderzoek aan hem voor te leggen.

§ 5. De zeeman (man of vrouw) moet in het bezit zijn van een geldig internationaal certificaat van inenting tegen de pokken en tegen de gele koorts.

Art. 2. De zeeman (man of vrouw) die bij vorige keuringen aan de bepalingen van artikel 1, § 1, 4 en 5 voldaan heeft en nadien het gebruik van een oog verliest, moet met het andere oog nog een gezichtsscherpte hebben van 0,5 zonder of met corrigerende glazen.

Vu l'arrêté royal du 9 avril 1965 relatif au Pool des marins de la marine marchande, notamment l'article 3, alinéa 1;

Vu l'avis du Comité de gestion du Pool des marins de la marine marchande;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, alinéa 1er;

Vu l'urgence,

Arrête :

Article 1er. § 1. Pour être inscrit ou rester inscrit au Pool des marins de la marine marchande au titre de marin (homme ou femme), ou de shoganger (homme ou femme), le candidat doit réunir les conditions suivantes :

1. Avoir une taille de 1,52 m au moins. Toutefois, les mousses ne doivent pas satisfaire à cette condition.

2. Jouir d'une bonne santé permettant d'assurer intégralement les fonctions ressortissant à la profession, que ce soit en mer ou dans les shogangs.

3. Être exempt d'affections chroniques ou en évolution qui peuvent compromettre la santé des travailleurs ou qui, en ce qui concerne les marins, sont susceptibles d'aggravation au cours du séjour en mer.

4. Avoir une acuité visuelle pour les deux yeux ensemble de 0,4 au moins avec ou sans verres correcteurs.

Les porteurs de lunettes doivent disposer de lunettes de réserve à bord.

Les lunettes doivent être approuvées par un médecin agréé. Le certificat d'examen mentionnera explicitement si l'intéressé doit ou non porter des verres correcteurs.

5. Avoir un champ visuel suffisant pour chaque oeil.

6. Avoir une acuité auditive suffisante pour entendre des deux oreilles en même temps, et sans appareil acoustique, un mot chuchoté à quatre mètres.

§ 2. Les infirmités et maladies entraînant le refus définitif ou temporaire d'inscription au Pool, sont reprises dans l'annexe A du présent arrêté.

§ 3. Le marin (homme ou femme), ou le shoganger (homme ou femme), qui est convoqué au premier examen médical, doit remplir un questionnaire médical dont le contrôle est joint en annexe B au présent arrêté.

Il remettra ce questionnaire personnellement et exclusivement au médecin.

Le marin (homme ou femme) ou le shoganger (homme ou femme), remplira un nouveau questionnaire médical :

1° lorsqu'il n'a plus subi, depuis deux ans, d'examen médical auprès d'un médecin désigné par le Pool;

2° lorsqu'après le retrait de l'inscription au Pool, il obtient sa réinscription et est obligé de subir un nouvel examen médical.

§ 4. Lorsque le médecin juge nécessaire de procéder à un examen complémentaire, le marin (homme ou femme), ou le shoganger (homme ou femme) est tenu de lui soumettre le résultat de l'examen précité.

§ 5. Le marin (homme ou femme), doit être porteur d'un certificat international valable des vaccinations contre la variole et contre la fièvre jaune.

Art. 2. Le marin (homme ou femme), qui lors d'examens précédents, a satisfait aux dispositions de l'article 1er, § 1er, 4 et 5 et qui ensuite perd l'usage d'un oeil, doit encore posséder une acuité visuelle avec l'autre oeil de 0,5 avec ou sans verres correcteurs.

(1) Verwijzingen naar het Belgisch Staatsblad :

Wet van 25 februari 1964, Belgisch Staatsblad van 29 juli 1964.

Koninklijk besluit van 9 april 1965, Belgisch Staatsblad van 19 mei 1965.

(1) Références au Moniteur belge :

Loi du 25 février 1964, Moniteur belge du 29 juillet 1964.

Arrêté royal du 9 avril 1965, Moniteur belge du 19 mai 1965.

Art. 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 1 en 2 moet de zeeman (man of vrouw) om te kunnen worden ingeschreven of blijven in het beroep van kapitein, eerste, tweede, derde of vierde officier, aspirant-officier of kadet voldoen aan de volgende vereisten :

1. Een normaal kleurenonderscheidingsvermogen bezitten;

2. Een gehoorscherpthe hebben om zonder gehoorapparaat op een afstand van 5 meter een gefluisterd woord te horen met elk oor afzonderlijk;

3. De volgende minimum gezichtsscherpte bezitten :

- minder dan 40 jaar :
- zonder corrigerende glazen :
elk oog : 0,5,
beide ogen samen : 0,8;
- met corrigerende glazen :
elk oog : 1;
- van 40 jaar af :
- zonder corrigerende glazen :
elk oog : 0,4;
beide ogen samen : 0,5;
- met corrigerende glazen :
elk oog : 0,6.

Hetzelfde geldt voor de zeemannen (mannen) die het beroep uitoefenen van timmerman, bootsman, wiper-matros, matros, lichtmatros of scheepsjongen.

Art. 4. Onverminderd de bepalingen van artikelen 1 en 2 moet de zeeman (man) om te kunnen worden ingeschreven of blijven in het beroep van eerste tweede, derde, vierde of vijfde werktuigkundige, eerste, tweede of derde electricien, frigo-werktuigkundige, pompman, motorman, aspirant-werktuigkundige, assistent-werktuigkundige, aspirant-electricien, assistent-electricien voldoen aan volgende vereisten :

- de volgende minimum gezichtsscherpte bezitten :
- minder dan 40 jaar :
zonder of met corrigerende glazen :
beide ogen samen : 0,6;
- van 40 jaar af :
zonder of met corrigerende glazen :
beide ogen samen : 0,4.

Art. 5. Onverminderd de bepalingen van artikel 1 en 2 moet de zeeman (man of vrouw) radio-telegrafist voldoen aan volgende vereiste :

— een gefluisterd woord op een afstand van vijf meter kunnen horen met elk oor afzonderlijk zonder gehoorapparaat.

Art. 6. Het ministerieel besluit van 6 april 1966 gewijzigd bij ministerieel besluit van 12 oktober 1972 wordt opgeheven.

Art. 7. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

Brussel, 17 januari 1980.

Art. 3. Indépendamment des dispositions des articles 1er et 2, le marin (homme ou femme), pour pouvoir être inscrit ou rester inscrit dans la profession de capitaine, de premier, second, troisième, quatrième officier, d'aspirant officier ou de cadet, doit satisfaire aux conditions visées ci-dessous.

1. Avoir un sens chromatique normal;

2. Avoir une acuité auditive telle qu'il puisse entendre de chaque oreille, sans appareil acoustique, un mot chuchoté à cinq mètres;

3. Posséder l'acuité visuelle minimale suivante :

- moins de quarante ans :
- sans verres correcteurs :
chaque oeil : 0,5;
les deux yeux ensemble : 0,8;
- avec verres correcteurs :
chaque oeil : 1;
- à partir de quarante ans :
- sans verres correcteurs :
chaque oeil : 0,4;
les deux yeux ensemble : 0,5;
- avec verres correcteurs :
chaque oeil : 0,6.

Il en est de même pour les marins (hommes), qui exercent la profession de charpentier, de maître d'équipage, de wiper-matelot, de matelot, de matelot léger ou mousse.

Art. 4. Indépendamment des dispositions des articles 1er et 2, le marin (homme) doit pour pouvoir être inscrit ou rester inscrit dans la profession de premier, second, troisième, quatrième ou cinquième mécanicien, premier, second ou troisième électricien, frigo-mécanicien, pompman, donkeyman, motorman, assistant-mécanicien ou assistant électricien satisfaire aux conditions suivantes :

- posséder l'acuité visuelle minimale suivante :
- moins de quarante ans :
sans ou avec verres correcteurs, les deux yeux ensemble : 0,6;
- à partir de quarante ans :
sans ou avec verres correcteurs :
les deux yeux ensemble : 0,4.

Art. 5. Indépendamment des dispositions des articles 1er et 2, le marin (homme ou femme), radio-télégraphiste doit satisfaire à la condition suivante :

— pouvoir entendre, sans appareil acoustique, un mot chuchoté à cinq mètres, et ce de chaque oreille séparément.

Art. 6. L'arrêté ministériel du 6 avril 1966 modifié par l'arrêté ministériel du 12 octobre 1972 est abrogé.

Art. 7. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 17 janvier 1980.

R. DE WULF

Bijlage A

TABEL VAN DE LICHAAMSGBREKEN EN ZIEKTEN
WELKE BLIJVENDE OF TIJDELIJKE AFKEURING VOOR INSCHRIJVING IN DE POOL TOT GEVOLG HEBBEN

blijvende afkeuring

tijdelijke afkeuring

1. Onvoldoende gezichts- of gehoorscherpthe.
2. Chronische oog- en ooraandoeningen.
3. Ernstige spraakgebreken (hazelip).
4. Aandoeningen der schildklier (Basedow, myxoedeem).
5. Misvormingen van halsstreek die normaal werk hinderen.
6. Sterke misvormingen van thoraxstreek.
7. Tuberculeuze aandoeningen der longen (zelfs na tijdelijke genezing of heelkundige ingreep).

1. Acute ontsteking van oog of oor.
2. Sterke tussenschotdeviatie van neus.
3. Tandën : ongezonde of slecht verzorgde.
4. Hypertrophische tonsillen.

- | | |
|---|--|
| 8. Pleura verdikkingen en hilusklieraandoeningen. | |
| 9. Astma. | |
| 10. Recidiverende bronchitis. | 5. Acute bronchitis, longontsteking. |
| 11. Hartbeschadiging, hartafwijking. | 6. Spataderen, speen. |
| 12. Hypertensie (vooral bij jongeren met vaste minima van 10 mm Hg of meer). | |
| 13. Arteriosclerosis. | |
| 14. Maagzweer (ook na heelkundig ingreep). | 7. Acute gastritis. |
| 15. Chronische darmstoornissen. | 8. Acute darmstoornissen. |
| 16. Chronische gastritis. | 9. Acute leveraandoeningen. |
| 17. Chronische leveraandoeningen. | 10. Acute galblaasontstekingen; galstenen. |
| 18. Chronische galblaasontsteking; galblaasablatie. | 11. Acute nieraandoeningen (niersteen; acute aandoeningen der waterwegen). |
| 19. Chronische nieraandoening, nierablatie, chronische aandoeningen der waterwegen. | 12. Venerische ziekten. |
| 20. Kwaadaardige gezwellen. | |
| 21. Bloedziekten. | |
| 22. Chronische endocrine stoornissen (diabetes). | 13. Prostaat hypertrofie. |
| 23. Chronische huidziekten. | 14. Acute huidziekten. |
| 24. Chronische been-, spier- of gewrichtsaandoeningen of afwijkingen. | 15. Infectieuze ziekten. |
| 25. Psychosen, hysterische verschijnselen, neurosen, krankzinnigheid. | |
| 26. Epilepsie, slaapwandelen, bedwateren. | |

Ons bekend om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 januari 1980.

De Minister van Tewerkstelling en Arbeid,

R. DE WULF

Annexe A

TABLEAU DES INFIRMITES ET DES MALADIES
QUI ENTRAINENT LA REFORME DEFINITIVE OU PROVISOIRE POUR L'INSCRIPTION AU POOL

Réforme définitive

1. Acuité visuelle et/ou auditive insuffisante.
2. Affections chroniques de l'oeil et/ou de l'oreille.
3. Défauts graves de prononciation (bec de lièvre).
4. Affections de la glande thyroïde (Base dow, myxoedème).
5. Déformations de la région cervicale empêchant un travail normal.
6. Déformations prononcées du thorax.
7. Affections tuberculeuses du poumon (même après guérison temporaire ou intervention chirurgicale).
8. Epaisissements pleuraux, affections des glandes biliaires.
9. Asthme.
10. Bronchite récidivante ou chronique.
11. Affections et/ou maladies cardiaques.
12. Hypertension (surtout chez des jeunes avec minimum constant de 10 Hg mm au plus).
13. Artériosclérose.
14. Ulcère gastrique (même après intervention chirurgicale).
15. Affections intestinales chroniques.
16. Gastrite chronique.
17. Inflammation chronique de la vésicule biliaire; cholerystectomie.
18. Affections chroniques du foie.
19. Affections rénales chroniques. Affections chroniques des voies urinaires; nephrectomie.
20. Tumeurs malignes.
21. Maladies du sang.
22. Maladies endocriniennes chroniques, (diabète).
23. Affections dermatologiques chroniques.
24. Maladies chroniques et/ou malformation des os, muscles, articulations.
25. Psychoses, hystéries, neuroses, démence.
26. Epilepsie, noctambulisme, énurésie.

Réforme provisoire

1. Affections aiguës de l'oeil et/ou de l'oreille.
2. Déviations prononcées de la cloison nasale.
3. Dents : mauvaises ou mal soignées.
4. Hypertrophie des amygdales.
5. Bronchite aiguë, pneumonie.
6. Varices, hémorroïdes.
7. Gastrite aiguë.
8. Affections intestinales aiguës.
9. Affections aiguës des voies biliaires, la vésicule biliaire, calculs biliaires.
10. Affections aiguës du foie.
11. Affections rénales aiguës (calculs rénaux; affections aiguës des voies urinaires).
12. Maladies vénériennes.
13. Hypertrophie de la prostate.
14. Affections dermatologique aiguës.
15. Maladies infectieuses.

Vu pour être annexe à l'arrêté ministériel du 17 janvier 1980.

Le Ministre de l'Emploi et du Travail,

R. DE WULF.

Bijlage B

Pool van de ZeeliedenMedische Dienst

NAAM :

Vertrouwelijk

VOORNAAM :

Geboren te

Geboortedatum :

Huisdokter (naam en adres) :

MEDISCHE VRAGENLIJST

De bedoeling van dit geneeskundig onderzoek is uw huidige gezondheid te beoordelen.

Hiervoor is ook onontbeerlijk een volledige en nauwkeurige medische voorgeschiedenis.

U kunt ons hiermede helpen door alle vragen op de navolgende bladzijden zo volledig en openhartig mogelijk te beantwoorden.

Deze vragenlijst wordt een onderdeel van uw medisch dossier, dat bij de Medische Dienst voor de Koopvaardij berust en is als zodanig medisch beroepsgeheim.

Deze vragenlijst moet persoonlijk en uitsluitend aan de geneesheer van de Pool van de Zeelieden overhandigd worden.

HEEFT U NOG	(1)	GEZOND (2)	ZIEK (3)
Vader			
Moeder			

In de kolommen (1), (2) en (3) antwoorden met "JA" of "NEEN".

	TOTAAL	AANTAL OVERLEDEN	AANTAL IN LEVEN	AANTAL GEZOND	AANTAL ZIEK
Broeders					
Zusters					
Kinderen					

Hoeveel jaar deed U over het volgende onderwijs :

Lager onderwijs :

Middelbaar onderwijs :

Hoger onderwijs :



MEDISCHE VRAGENLIJST

	JA (1)	NEEN (1)	WEET NIET(1)
1. Bent U in de afgelopen 5 jaren door een dokter onderzocht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Neemt U geregeld medicijnen in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent U geboren met een afwijking of enig ander gebrek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werd U ooit geopereerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hebt U ooit een ongeval gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hebt U ooit beenderbreuken gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hebt U ooit een schedelbreuk of hersenschudding gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hebt U ooit zware wonden gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is U ooit in een hospitaal verzorgd geweest?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt U ooit een kuur ondergaan in sana of preventorium?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Deed U militaire dienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bent U afgekeurd voor militaire dienst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Is U ooit een werkongeval overkomen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bent U allergisch (d.w.z. bent U gevoelig of overgevoelig voor bepaalde stoffen in de atmosfeer, in de voeding, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Bent U ooit afgekeurd voor een of andere bêtrekking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bent U werkzaam geweest in bedrijven of beroepen waar U werd blootgesteld aan lawaai, stof, gassen, dampen of andere omstandigheden welke een invloed zouden kunnen gehad hebben op uw gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Hebt U ooit geleden aan chronische spier- of beenaandoening?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hebt U ooit geleden aan huidziekten (eczeem, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Hebt U last van jeuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Hebt U ooit een bloedziekte gehad (leukemie, anemie, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hebt U ooit zwellingen of klieren opgemerkt in uw nek, hals, oksel of liezen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hebt U ooit geleden aan tropische ziekten (malaria, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hebt U ooit een bril gedragen of is U geadviseerd er een te dragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Draagt U nu of hebt U ooit corrigerende contactglazen gedragen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hebt U in toenemende mate moeite bij ver zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hebt U ooit last gehad van onduidelijk of wazig zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kunt U nog steeds goed uit de ooghoeken zien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Bent U kleurenblind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hebt U last van van gehoorsvermindering?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Hebt U geleden aan ooraandoeningen (lopend oor, oorpijnen, mastoïditis)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Hebt U last van oorsuizingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Wordt U snel wagen-, zee- of luchtziek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Hebt U ooit geleden aan sinusitis of chronische afscheiding uit de neus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Hebt U ooit aan neusbloedingen geleden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Hebt U vaak keelpijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Hebt U ooit geleden aan mondaandoeningen (slechte tanden, tandvleesontsteking, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Hebt U ooit geleden aan longaandoeningen (bronchitis, pleuritis, enz.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Invullen met een X in het passende vakje.

	JA (1)	NEEN (1)	WEET NIET(1)
38. Hebt U last van chronisch hoesten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Hebt U ooit bij hoesten bloed opgegeven ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Lijdt U of hebt U geleden aan astma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Is U ooit medegedeeld dat U aan een hartaandoening lijdt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Hebt U ooit geleden aan hartinfarct ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Hebt U ooit pijn in de borst ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Bent U soms kort van adem ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Hebt U verhoogde bloeddruk (gehad) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Hebt U spataderen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Hebt U ooit geleden aan speen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Hebt U voetklachten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Hebt U ooit rugklachten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Hebt U ooit gewrichtsstijfheid, gewrichtszwellingen of gewrichtspijnen gehad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Hebt U ooit bloed gebraakt ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Hebt U ooit pijn in de buikstreek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Hebt U ooit geleden aan maagaandoeningen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Hebt U ooit een zweer aan maag of twaalfvingerige darm gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Hebt U ooit geleden aan leveraandoeningen (geelzucht, hepatitis, galblaas- ontsteking, enz.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Bent U ooit op een dieet gesteld ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Lijdt U dikwijls aan diarree ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Hebt U ooit geleden aan darmaandoeningen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Hebt U ooit bloeding uit de aars gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Hebt U ooit een liesbreuk of een andere buikbreuk gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Hebt U ooit geleden aan nieraandoening (nierontsteking, nierstenen, eiwit- wateren, bloedwateren, enz.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Hebt U ooit geleden aan blaasziekten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Hebt U ooit geleden aan geslachtsziekten (druiper, syphilis, enz.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Hebt U ooit bloed in de urine gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Hebt U ooit eiwit in de urine gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Hebt U ooit suiker in de urine gehad ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Hebt U geleden aan suikerziekte (diabetes) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Hebt U dikwijls erge hoofdpijn ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Hebt U ooit geleden aan zenuwaandoeningen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " zenuwpijn ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " duizeligheid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " depressie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " overspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " bedwateren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Hebt U ooit zenuwtoevallen of stuipen (epilepsie) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Lijdt U of hebt U geleden aan evenwichtsstoornis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Hebt U beven of trillen van de handen of een ander lichaamsdeel opgemerkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Bent U ooit bewusteloos geweest ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Hebt U ooit geleden aan geestesstoornissen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	JA (1)	NEEN (1)	- WEET NIET(1)
75. Wordt U ooit in een zenuwinrichting opgenomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Bent U vlug vermoeid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Bent U vaak gedeprimeerd of neerslachtig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Zijn er problemen in uw werkomgeving ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Bent U ooit in behandeling geweest voor een zenuwziekte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Hebt U ooit geleden aan tumor of kanker ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " aan tuberculose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " aan neiging tot (huid)bloedingen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Hebt U nog andere klachten, ziekten of ongevallen gehad welke tot dusver niet gevraagd of genoemd werden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, welke ?			
82. Wat zijn uw voornaamste gezondheidsproblemen ?			
.....			
83. Rookt U ? Zo ja, hoeveel sigaretten per dag ?			
haalt U de rook in ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Hoeveel gebruikt U gewoonlijk van de volgende dranken :			
Bier : glazen per dag			
Sterke drank : glaasjes per dag			
85. Zijn uw maandstonden regelmatig en ongestoord ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Lijdt of leed U aan enige aandoening in de onderbuik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Lijdt of leed U aan enige aandoening aan de borsten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Hebt U witverlies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ik, ondergetekende, verklaar deze geneeskundige vragenlijst nauwkeurig, volledig en eerlijk te hebben ingevuld. Ik beseft dat het verzwijgen van feiten, het onjuist of onvolledig invullen van deze vragenlijst zeer nadelige gevolgen kunnen hebben voor mijzelf.

Datum

Handtekening
van de kandidaat of kandidate,

ns bekend om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 17 januari 1980.

De Minister van Tewerkstelling en Arbeid,

R. DE WULF

Annexe B

Pool de la Marine MarchandeService Médical

NOM :

Confidentiel

PRENOM :

Né à

Date de naissance :

Médecin de famille (nom et adresse) :

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Le but de cet examen médical est d'évaluer votre état de santé.

Pour cela il nous est indispensable de connaître de façon complète et précise vos antécédents de santé.

Vous pouvez nous aider en répondant de façon précise, complète et honnête à toutes les questions qui vous seront posées dans le questionnaire qui suit.

Ce questionnaire constituera une partie de votre dossier médical qui sera gardé secret au Service Médical de la Marine Marchande.

Ce questionnaire doit être remis uniquement et personnellement au médecin du Pool.

AVEZ-VOUS ENCORE	(1)	EN BONNE SANTÉ (2)	MALADE (3)
Père			
Mère			

Dans les colonnes (1), (2) et (3) répondez par les mots "OUI" ou "NON".

	NOMBRE TOTAL	NOMBRE DÉCÉDÉ	NOMBRE EN VIE	EN BONNE SANTÉ	MALADE
Frères					
Sœurs					
Enfants					

Combien d'années d'études avez-vous passées :

dans l'enseignement primaire :

dans l'enseignement secondaire :

dans l'enseignement supérieur :



QUESTIONNAIRE MEDICAL

	OUI (1)	NON (1)	SAIS PAS (1)
1. Avez-vous consulté un médecin dans le courant des cinq dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prenez-vous régulièrement un ou des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Etes-vous né avec une infirmité ou une insuffisance quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà été opéré ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà été victime d'un accident ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Avez-vous jamais eu une fracture osseuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avêz-vous jamais eu une fracture du crâne ou une commotion cérébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà eu des plaies graves ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Avez-vous déjà été soigné dans un hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Avez-vous déjà suivi une cure dans un sana ou dans un préventorium ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous fait un service militaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Avez-vous été réformé de l'Armée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Avez-vous déjà eu un accident de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Etes-vous allergique (c.à.d. êtes-vous sensible ou hypersensible à une substance déterminée dans l'atmosphère, la nourriture, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Avez-vous déjà été refusé pour un emploi quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Avez-vous travaillé dans une profession ou une industrie où vous étiez exposé au bruit, à la poussière, aux gaz, aux vapeurs ou à d'autres influences qui auraient pu avoir un effet quelconque sur votre santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous jamais souffert d'une affection chronique osseuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Avez-vous jamais souffert de maladies de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Avez-vous déjà souffert de prurit, de démangeaisons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Avez-vous jamais souffert d'une maladie du sang (anémie, leucémie, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Avez-vous déjà remarqué ou eu des gonflements ou des ganglions dans la nuque, le cou, les aisselles ou les aines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Avez-vous jamais souffert de maladies tropicales (malaria, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous porté des lunettes optiques ou vous a-t-on conseillé d'en porter ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Portez-vous ou avêz-vous déjà porté des verres de contact ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Avez-vous des difficultés pour voir de loin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Avez-vous déjà eu d'autres troubles de la vue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Avez-vous toujours une vision latérale normale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Etes-vous daltonien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Souffrez-vous d'une diminution de votre acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Avez-vous déjà souffert d'une maladie de l'oreille (otite, mastoïdite, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Avez-vous déjà eu des bourdonnements d'oreille ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Souffrez-vous du mal de mer, du mal de voiture ou d'avion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Avez-vous eu une maladie du nez (sinusite, écoulement chronique du nez) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Avez-vous déjà souffert de saignements du nez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Avez-vous souvent mal de gorge (angine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Avez-vous déjà souffert d'affections de la bouche (mauvais dents, gingivite, abcès dentaires, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(1) Complétez avec une X le carré correspondant à votre réponse.

	OUI (1)	NON (1)	SAIS PAS (1)
37. Avez-vous déjà souffert d'affections du poumon (bronchite, pleurésie, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Souffrez-vous de toux chronique ou persistante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Avez-vous déjà remis du sang en toussant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'asthme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Avez-vous déjà souffert d'une affection cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Avez-vous déjà fait un infarctus du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Avez-vous déjà eu mal dans la poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Etes-vous parfois à court d'haleine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Avez-vous ou avez-vous déjà eu une tension artérielle élevée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Avez-vous des varices ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Avez-vous déjà eu des hémorroïdes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Souffrez-vous des pieds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Avez-vous déjà souffert de douleurs dans le dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Avez-vous souffert de raideurs, de gonflements ou de douleurs articulaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Avez-vous déjà vomé du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Avez-vous parfois mal au ventre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Avez-vous déjà souffert d'affections de l'estomac ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Avez-vous souffert d'un ulcère à l'estomac ou d'un ulcère du duodénum ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Avez-vous déjà souffert d'une affection du foie (jaunisse, hépatite, inflam- mation de la vésicule, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Avez-vous déjà suivi un régime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Souffrez-vous souvent de diarrhée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Avez-vous déjà souffert d'affections de l'intestin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Avez-vous déjà perdu du sang par l'anus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Avez-vous déjà eu une hernie inguinale ou une autre hernie abdominale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Avez-vous déjà souffert d'une affection rénale (infection des reins, calculs rénaux, albumine dans les urines, sang dans les urines, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Avez-vous déjà souffert d'une maladie de la vessie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Avez-vous déjà eu une maladie vénérienne (gonorrhée, syphilis, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Avez-vous déjà eu du sang dans les urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65. Avez-vous déjà eu de l'albumine dans les urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
66. Avez-vous déjà eu du sucre dans les urines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67. Avez-vous déjà souffert de diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68. Avez-vous souvent de violents maux de tête ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. Avez-vous déjà souffert d'affections nerveuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " de névralgies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " de vertiges ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " de dépressions ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " de surmenage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " d'incontinence d'urine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70. Avez-vous déjà souffert d'épilepsie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Avez-vous déjà souffert de troubles de l'équilibre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Avez-vous déjà eu des tremblements des mains ou d'autres parties du corps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Avez-vous déjà été inconscient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	OUI (1)	NON (1)	SAIS PAS (1)
74. Avez-vous déjà souffert de troubles mentaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Avez-vous déjà séjourné dans un institut pour maladies nerveuses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Etes-vous vite fatigué ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Etes-vous souvent déprimé ou découragé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Avez-vous eu des problèmes dans votre milieu de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Avez-vous déjà été soigné pour maladie nerveuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Avez-vous déjà souffert d'une tumeur ou d'un cancer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " de tuberculose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
" " d'une tendance à saigner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Reconnaissez-vous d'autres plaintes, maladies ou accidents qui n'ont pas été cités dans cette liste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, mentionnez-les ici :			
82. Quel est selon vous, votre principal problème concernant votre santé ?			
83. Fumez-vous ? Combien de cigarettes par jour ?			
Inhalez-vous la fumée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Habituellement, quelle quantité des boissons suivantes buvez-vous ? Bière : verres par jour Alcools forts : petits verres par jour			
85. Etes-vous réglée normalement et d'une façon régulière ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une affection gynécologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Avez-vous des pertes blanches ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je, soussigné(e), déclare avoir rempli ce questionnaire médical d'une façon précise, complète et honnête. Je me rends compte que le fait d'omettre de mentionner certains faits, de remplir ce questionnaire d'une façon erronée ou incomplète peut avoir des conséquences très désavantageuses pour moi-même.

Date :

Signature du candidat,
de la candidate,

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 17 janvier 1980.

Le Ministre de l'Emploi et du Travail,

R. DE WULF