



## Medische keuring Scheepvaartpersoneel

Voor meer informatie over dit formulier kunt u contact opnemen met de keuringsarts.

### Meer informatie

088 489 00 00 | [www.ilent.nl](http://www.ilent.nl)

### 1 Gegevens kandidaat

- 1.1 Achternaam en geslacht  Man  Vrouw
- 1.2 Voornamen voluit
- 1.3 Geboortedatum en geboorteplaats
- 1.4 Nationaliteit
- 1.5 Adres
- 1.6 Postcode en woonplaats
- 1.7 Telefoonnummer(s) | 06-
- 1.8 Nummer monsterboekje en land van afgifte (voor zeevaart) | NIET VERPLICHT
- 1.9 Nummer legitimatiebewijs (Paspoort, ID of rijbewijs)

### 2 Gegevens huisarts

- 2.1 Naam
- 2.2 Adres

### 3 Gegevens werk/opleiding

- 3.1 Naam rederij of school
- 3.2 Scheepstype waar u op vaart
- 3.3 Functie aan boord van het schip
- 3.4 Vaargebied van het schip

## 4

### Gegevens vorige keuringen

- 4.1 Bent u ooit afgekeurd voor de scheepvaart?  Ja  Nee
- 4.2 Bent u ooit beperkt goedgekeurd?  Ja  Nee
- 4.3 Heeft u ooit een medische ontheffing gehad?  Ja  Nee
- 4.4 Datum laatste keuring \_\_\_\_\_
- 4.5 Bijzonderheden \_\_\_\_\_

## 5

### Gegevens huidige keuring

- 5.1 U wordt gekeurd voor een
- Zeevaart**
- Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie op de brug
- Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie in de machinekamer
- Zeevarende zonder uitkijk- of wachtfunctie, maar met veiligheids- of beveiligingstaken
- Zeevarende zonder veiligheids- of beveiligingstaken
- Binnenvaart**
- Rijnpatent, Groot vaarbewijs of dienstboekje
- Klein vaarbewijs

## 6

### Medische vragen

- 6.1 Zijn er werkzaamheden aan boord waarvan u zich niet in staat voelt ze uit te voeren?  Ja  Nee
- 6.2 Bent u ooit van boord gegaan wegens ziekte?  Ja  Nee
- 6.3 Heeft u ooit een ongeval gehad?  Ja  Nee
- 6.4 Bent u ooit geopereerd?  Ja  Nee
- 6.5 Heeft u ooit een werkgerelateerde aandoening gehad?  Ja  Nee
- 6.6 Kunt u handen en voeten normaal gebruiken, zowel wat betreft beweging als gevoel?  Ja  Nee
- 6.7 Bent u overgevoelig voor bepaalde stoffen?  Ja  Nee
- 6.8 Bent u nachtblind?  Ja  Nee
- 6.9 Heeft u een bril of contactlenzen?  Ja  Nee
- 6.10 Is uw kleurenzien volledig normaal?  Ja  Nee
- 6.11 Heeft u een operatie of laserbehandeling van de ogen gehad?  Ja  Nee
- 6.12 Heeft u een gehoorapparaat?  Ja  Nee
- 6.13 Gebruikt u medicijnen en zo ja, welke?  Ja  Nee
- 6.14 Drinkt u alcohol en zo ja, hoeveel eenheden per week?  Ja  Nee
- 6.15 Rookt u en zo ja, hoeveel per dag?  Ja  Nee
- 6.16 Heeft u in de afgelopen 5 jaar drugs gebruikt?  Ja  Nee

# Medische keuring

Scheepvaartpersoneel  
Inspectie Leefomgeving en Transport  
Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat

- 6.17 Bent u nu zwanger en zo ja, verwachte datum bevalling?  Ja  Nee  N.v.t. | \_\_\_\_\_
- 6.18 Heeft u klachten rond de menstruatie?  Ja  Nee  N.v.t. \_\_\_\_\_
- 6.19 Wanneer bent u voor het laatst bij de tandarts geweest? | \_\_\_\_\_
- 6.20 Kunt u een vlot keren? (STCW-training)  Ja  Nee  N.v.t. \_\_\_\_\_
- 6.21 Kunt u werken met een ademluchtmasker (STCW-training)  Ja  Nee  N.v.t. \_\_\_\_\_
- 6.22 Bijzonderheden

## 7

### Gezondheidsklachten

- 7.1 Heeft u last, of last gehad van de onderstaande klachten?
- Suikerziekte  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Kanker  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Schildklierandoening  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Besmettelijke ziekte, tropische ziekte  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Tuberculose  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Trombose of embolie  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Beroerte  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Epilepsie, toevallen of stuipen  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Psychische problemen  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Drankprobleem  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Overspannendheid, depressies  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Hoogte- / ruimte- / engtevrees  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Slapeloosheid  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Slaapwandelen, bedplassen  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Huidziekte, eczeem  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Geslachtsziekte  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Liesbreuk  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Spataderen, aambeien  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Hoofdpijn, duizeligheid  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Flauwvallen  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Verminderd zien of wazig zien  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Verminderd gehoor of oorsuizen  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Hoesten, kortademigheid  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Astma, bronchitis  Ja  Nee \_\_\_\_\_
- Hoge bloeddruk  Ja  Nee \_\_\_\_\_

# Medische keuring

Scheepvaartpersoneel  
Inspectie Leefomgeving en Transport  
Ministerie van Infrastructuur en Waterstaat

Hart aandoening	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Pijn op de borst, hartkloppingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Dikke voeten, vooral 's avonds	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Maagpijn, misselijkheid of slechte eetlust	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Buikpijn, buikkrimp	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zwarte of verkleurde ontlasting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Persen of pijn bij het plassen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Terugkerende en extreme rugpijn	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Pijn in armen, benen of gewrichten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Botbreuken, ontwrichting	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Terugkerende en extreme zeeziekte	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

7.2 Bijzonderheden

## 8

### Ondertekening

Ondergetekende is bekend met het feit, dat onjuiste of onvolledige invulling van het formulier tot gevolg kan hebben, dat het geneeskundig onderzoek ongeldig wordt verklaard. Ondergetekende verklaart dan ook het formulier naar waarheid en beste weten te hebben ingevuld.

8.1 Plaats en datum

8.2 Handtekening

## 9 Gegevens keuring en arts

- 9.1 Keuringsdatum
- 9.2 Naam keuringsarts

## 10 Lichamelijk onderzoek

- 10.1 Lengte en gewicht
- 10.2 BMI
- 10.3 Buikomvang (optioneel)
- 10.4 Pols en bloeddruk
- 10.5 Algemene indruk
- 10.6 Psyche
- 10.7 Huid
- 10.8 Lymfeklieren
- 10.9 Hals / schildklier
- 10.10 Mond / keel / neus
- 10.11 Gebit
- 10.12 Spraak
- 10.13 Hart
- 10.14 Longen
- 10.15 Buik
- 10.16 Uitwendige geslachtsorganen, liezen
- 10.17 Armen
- 10.18 Benen
- 10.19 Wervelkolom
- 10.20 Motoriek
- 10.21 Coördinatie
- 10.22 Reflexen

## 11 Lichamelijke conditie en fysieke vaardigheden

- 11.1 Op- en afgaan van ladders en trappen  Voldoende  Onvoldoende
- 11.2 Stappen over drempel (60cm)  Voldoende  Onvoldoende
- 11.3 Grijpen, tillen, handvaardigheden  Voldoende  Onvoldoende
- 11.4 Reiken boven schouderhoogte  Voldoende  Onvoldoende
- 11.5 Bukken, hurken, knielen en kruipen  Voldoende  Onvoldoende
- 11.6 Gedurende een wachtperiode staan en lopen  Voldoende  Onvoldoende
- 11.7 Door een opening van 60x60 cm bewegen  Voldoende  Onvoldoende

## 12 Gezichtsvermogen / ogen

12.1	Visus zonder correctie	<u>OD</u>	OS	ODS
12.2	Visus met correctie	<u>OD</u>	OS	ODS
12.3	Nabijzien			ODS
12.4	Lezen beeldscherm op 70 cm			ODS
12.5	Gezichtsveld	<u>OD</u>	OS	
12.6	Uitwendig aspect	<u>OD</u>	OS	
12.7	Oogbewegingen	<u>OD</u>	OS	
12.8	Pupil reflex	<u>OD</u>	OS	
12.9	Indicatie dubbelzien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
12.10	Reservebril	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

### Kleurenonderscheidingsvermogen

12.11	Ishihara 2 of meer fouten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja (nader onderzoek vereist)	
12.12	Specialistische kleurentest	<input type="checkbox"/> Voldoende	<input type="checkbox"/> Onvoldoende	
12.13	Gebruikte specialistische test en de uitslag			

### Nader onderzoek vereist

12.14	Nachtblindheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
12.15	Fundoscopie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	

## 13 Gehoorvermogen / oren

13.1	Conversatiespraak	<u>AD</u>	m		AS	m
13.2	Toon-audiometrie verlies 500 Hz.	<u>AD</u>	dB		AS	dB
13.3	Toon-audiometrie verlies 1000 Hz.	<u>AD</u>	dB		AS	dB
13.4	Toon-audiometrie verlies 2000 Hz.	<u>AD</u>	dB		AS	dB
13.5	Toon-audiometrie verlies 3000 Hz.	<u>AD</u>	dB		AS	dB
13.6	Toon-audiometrie verlies gemiddeld	<u>AD</u>	dB		AS	dB
13.7	Otoscopie	<u>AD</u>				
		<u>AS</u>				

## 14 Aanvullend onderzoek

14.1	Is de kandidaat afkomstig uit of wonend in een tuberculose risicogebied?	<input type="checkbox"/> Ja (Onderzoek op tuberculose is geïndiceerd)	
		<input type="checkbox"/> Nee	
14.2	X-thorax / Mantoux datum en de uitslag		
14.3	Urine:		
	Eiwit		
	Glucose		
	Bloed		

## 15 Overig aanvullend onderzoek

15.1 Opmerkingen

## 16 Specialistisch deelonderzoek

16.1 Opmerkingen

## 17 Bijzonderheden uit familie-anamnese

17.1 Opmerkingen

## 18 Overleg behandelend arts

18.1 Opmerkingen

## 19 Opmerkingen en aantekeningen

19.1 Opmerkingen

## 20 Geldigheid ontheffingen

20.1 Tot welke datum zijn de ontheffingen, afgegeven door de medisch adviseur scheepvaart geldig?

Ontheffing algemene lichamelijke geschiktheid: \_\_\_\_\_

Ontheffing gezichtsorgaan: \_\_\_\_\_

Ontheffing gehoororgaan: \_\_\_\_\_

## 21 Conclusie Zeevaart

21.1

Voldoet aan de eisen van	Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie op de brug			Zeevarende met uitkijk- of wachtfunctie in de machinekamer			Zeevarende zonder uitkijk- of wachtfunctie, maar met veiligheids- of beveiligingstaken			Zeevarende zonder veiligheids- of beveiligingstaken		
	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-heffing *	Nee	Ja	Ont-Heffing *	Nee
Algemene lichamelijke geschiktheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oog en gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oor en gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCLUSIE	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Geschikt *		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **

\* Als de zeevarende een ontheffing heeft, is de vervaldatum van de geneeskundige verklaring nooit later dan de vervaldatum van de ontheffing.

\*\* Een kandidaat is ongeschikt indien er 1 x nee wordt aangekruist, tenzij de kandidaat een geldige ontheffing bezit.

21.2 Beperking geldigheidsgebied \_\_\_\_\_

21.3 Beperking geldigheidstermijn \_\_\_\_\_

## 22 Conclusie Binnenvaart

22.1

Voldoet aan de eisen van	EU kwalificatiebewijs of dienstboekje		Klein vaarbewijs	
	Ja	Nee	Ja	Nee
Algemene lichamelijke geschiktheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oog en gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oor en gehoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CONCLUSIE	<input type="checkbox"/> Geschikt		<input type="checkbox"/> Ongeschikt **	<input type="checkbox"/> Ongeschikt **

\*\* Een kandidaat is ongeschikt indien er 1 x nee wordt aangekruist, tenzij de kandidaat een geldige ontheffing bezit.

22.2 Beperking geldigheidstermijn \_\_\_\_\_

22.3 Overige beperkingen of voorwaarden \_\_\_\_\_



# Gezondheidsverklaring

Geldig tot twee jaar na datum afgifte

Gegevens werknemer					Toelichting			
Familienaam					Uit ID-document overnemen			
Voornamen (voluit)								
Tussenvoegsel(s)								
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)								
Straat en huisnummer					Opgave werknemer			
Postcode en woonplaats								
Beroep en functie								
Verklaring werknemer					Toelichting			
Hebt u geleden of lijdt u nog aan:	Buiktyfus?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nee	Opgave werknemer		
	Paratyfus?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nee			
	Tuberculose?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nee			
	Besmettelijke huidziekte?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nee			
	Zo ja, welke?							
	Enige andere infectieziekte?	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>	nee			
Zo ja, welke?								
Verklaring werknemer	Ondergetekende werknemer verklaart bovenstaande inlichtingen naar beste weten te hebben verstrekt. Hij verklaart tevens het tijdens zijn dienstbetrekking onmiddellijk aan de bedrijfsleiding en de Arbodienst, die aan het bedrijf is verbonden, te zullen melden als hij lijdt of denkt te lijden aan een besmettelijke ziekte. Hij geeft toestemming voor verstrekking van deze verklaring aan zijn werkgever.							
Plaats								
Datum (dd-mm-jjjj)								
Handtekening werknemer								
Gegevens bedrijfsarts en arbodienst					Toelichting			
Naam bedrijfsarts					Door bedrijfsarts in te vullen			
Naam Arbodienst	VisiCare Arbo							
Straat en huisnummer	Havenkade 100							
Postcode en vestigingsplaats	1973 AM IJmuiden							
Verklaring bedrijfsarts					Toelichting			
Verklaring bedrijfsarts	Ondergetekende, bedrijfsarts, verklaart heden bovengenoemde werknemer te hebben onderzocht en van mening te zijn, dat op grond van bovenstaande gegevens en van de resultaten van het door deze nodig geoordeelde onderzoek, er thans geen bezwaar tegen bestaat indien de werknemer in de genoemde functie zijn beroep in het visserijbedrijf of visopslagbedrijf van zijn werkgever uitoefent.							Door bedrijfsarts in te vullen, te ondertekenen en te stempelen
Plaats								
Datum van afgifte (dd-mm-jjjj)								
Handtekening bedrijfsarts en stempel Arbodienst								

## Gezondheidsverklaring

Geldig tot twee jaar na datum afgifte

Gegevens werknemer		Toelichting
Familienaam		Uit ID-document overnemen
Voornamen (voluit)		
Tussenvoegsel(s)		
Geboortedatum (dd-mm-jjjj)		
Straat en huisnummer		Opgave werknemer
Postcode en woonplaats		
Beroep en functie		
Gegevens bedrijfsarts en arbodienst		Toelichting
Naam bedrijfsarts		Door bedrijfsarts in te vullen
Naam Arbodienst	VisieCare Arbo	
Straat en huisnummer	Havenkade 100	
Postcode en vestigingsplaats	1973 AM IJmuiden	
Verklaring bedrijfsarts		Toelichting
Verklaring bedrijfsarts	Ondergetekende, bedrijfsarts, verklaart heden bovengenoemde werknemer te hebben onderzocht en van mening te zijn, dat op grond van de resultaten van het door deze nodig geoordeelde onderzoek, er thans geen bezwaar tegen bestaat indien de werknemer in de genoemde functie zijn beroep in het visserijbedrijf of visopslagbedrijf van zijn werkgever uitoefent.	Door bedrijfsarts in te vullen, te ondertekenen en te stempelen
Plaats		
Datum van afgifte (dd-mm-jjjj)		
Handtekening bedrijfsarts en stempel Arbodienst		