



Probleem van gewicht toen ? .....  
Algemene toestand ? ..... Staat van het tandvlees ? .....  
Legerdienst ? .....  
Schoolrendement ? .....  
Staat van de tanden : .....

**Tussen 20 en 30 jaar :**

Infekties ?  ja  nee - Welke ? ..... Mononucleosis ? ..... Hépatitis ? .....  
Operaties ? ..... Ongevallen ? .....  
Klachten in die periode ? .....  
Algemene toestand toen ? .....  
Behandelingen ? .....  
Staat van de tanden ? ..... Staat van het tandvlees ? .....  
Legerdienst ? .....

**Tussen 30 en 40 jaar :**

Infekties ?  ja  nee - Welke ? ..... Mononucleosis ? ..... Hépatitis ? .....  
Operaties ? ..... Ongevallen ? .....  
Klachten in die periode ? .....  
Algemene toestand toen ? .....  
Behandelingen ? .....  
Staat van de tanden ? ..... Staat van het tandvlees ? .....  
Legerdienst ? .....

**Tussen 40 en 50 jaar :**

Infekties ?  ja  nee - Welke ? ..... Mononucleosis ? ..... Hépatitis ? .....  
Operaties ? ..... Ongevallen ? .....  
Klachten in die periode ? .....  
Algemene toestand toen ? .....  
Behandelingen ? .....  
Staat van de tanden ? ..... Staat van het tandvlees ? .....  
Legerdienst ? .....

**Tussen 50 ans en meer :**

Infekties ?  ja  nee - Welke ? ..... Mononucleosis ? ..... Hépatitis ? .....  
Operaties ? ..... Ongevallen ? .....  
Klachten in die periode ? .....  
Algemene toestand toen ? .....  
Behandelingen ? .....  
Staat van de tanden ? ..... Staat van het tandvlees ? .....  
Legerdienst ? .....

-----  
In uw familie (grootvader of grootmoeder langs vaders of moederskant, vader of moeder, broers, zusters, broers en zusters van uw ouders, uw kinderen) komen de volgende ziekten voort : (zo ja, kunt U de graad van verwantschap vermelden ?) :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> zwaarlijvigheid : Wie ? ..... | <input type="checkbox"/> magerheid : Wie ? ..... |
| <input type="checkbox"/> migraine : Wie ? .....        | <input type="checkbox"/> depressie : Wie ? ..... |
| <input type="checkbox"/> epilepsie : Wie ? .....       | <input type="checkbox"/> eczema : Wie ? .....    |

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> psoriasis : Wie ? .....   | <input type="checkbox"/> acne : Wie ? .....                        |
| <input type="checkbox"/> longziekten : Wie ? .....   | <input type="checkbox"/> chronische bronchitis : Wie ? .....       |
| <input type="checkbox"/> tuberculose : Wie ? .....   | <input type="checkbox"/> longemfyseem : Wie ? .....                |
| <input type="checkbox"/> allergie : Wie ? .....  | <input type="checkbox"/> kropgezwollen : Wie ? .....               |
| <input type="checkbox"/> hoge bloeddruk : Wie ? .....  | <input type="checkbox"/> lage bloeddruk : Wie ? .....              |
| <input type="checkbox"/> rheuma : Wie? .....   | <input type="checkbox"/> aderverkalking van de benen : Wie ? ..... |
| <input type="checkbox"/> artinfarcten : Wie ? .....  | <input type="checkbox"/> jicht : Wie ? .....                       |
| <input type="checkbox"/> maagzweren : Wie ? .....  | <input type="checkbox"/> galbkaasstenen : Wie ? .....              |
| <input type="checkbox"/> suikerziekte : Wie ? .....  | <input type="checkbox"/> bedwater : Wie ? .....                    |
| <input type="checkbox"/> vroege puberteit : vb. Eerste maandstonden voor 12 jaar : Wie ? ..... |  |
| <input type="checkbox"/> late puberteit : vb. Eerste maandstonden na 15 jaar : Wie ? .....     |  |
| <input type="checkbox"/> kanker : Wie ? .....  |  |

Opmerking :

Is uw partner lijdend of lijdend geweest aan één of meer van de hierboven vernoemde aandoeningen ?  ja  neen – Welke ? .....

En uw kind/kinderen :  ja  neen – Welke ? .....

Hebt U vroeger geneesmiddelen moeten innemen ?  ja  neen  
(indien ja, welke, dosis, periodes) .....

Recent ?  ja  neen (indien ja, welke, dosis, tijdsperiode) .....

Welke geneesmiddelen neemt U nu in ? (naam, dosis) ? .....

Rookt U ?  ja  neen - zo ja, hoeveel sigaretten per dag ? .....

Belangrijk

1 ° Wilt U hierbijgevoegd een kleurenfoto (pasfoto formaat) van U insluiten, of meebrengen bij de eerstvolgende konsultatie a.u.b. ?

2 ° Gelieve 3 maal uw morgentemperatuur te nemen a.u.b. : thermometer 10 minuten onder de arm, ‘s morgens in bed voor het opstaan, de vooravond geen alcoholhoudende dranken gebruiken :      T° : .....      T° : .....      T° : .....

N.B. : dit mag op om het even welke dag gebeuren, behalve bij vrouwen met menstruele cyclus (alleen de 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> en 4<sup>e</sup> dag van de cyclus; de test is niet geldig bij vrouwen die de contraceptieve pil nemen.

3 ° Indien er vroeger reeds bij U bloed en/of urine-onderzoeken of andere bijzondere testen werden uitgevoerd, gelieve dan een fotocopie van de resultaten bij te voegen.

4 ° Gelieve ook bij uw bezoek eventuele andere belangrijke documenten mee te brengen. Mogen wij U dan ook nog vragen dit formulier per kerende post ingevuld terug te zenden aan ondergetekende met op de omslag de duidelijke vermelding “Medisch Geheim”.

Wij danken U voor uw bereidwilligheid.

Dr Thierry Hertoghe

## Gelieve de volgende vragen te beantwoorden

	Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
	0	±	+	++	+++
Lijdt U aan de volgende klachten ?					
1. Kunt U slecht tegen stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bent U meer vermoeid bij stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent U verward of sur vooral bij stress ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is uw bloeddruk laag ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wordt U overvallen door draainissen bij het rechtstaan ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bent U bekaf rond 11 u of 16 u ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bent U aangetrokken door gesuikerde voeding ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bent U aangetrokken door gezouten voeding (of spijzen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lijdt U aan spijsverleringsklachten (maag of darmklachten) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt U weinig eetlust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Bent U mager ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lijdt U aan ontstekingsrheuma (arthritis) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Bent U allergisch : - huidallergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- neus / keel / oren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voedingsallergieën ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Lijdt U aan asthma ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Verdraagt U slecht medikaties ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Zijn er op uw huid brede vlekken van overdreven (hyper) pigmentatie (bruin gekleurd) en/of van verminderde depigmentatie (wit gekleurd = vitiligo) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Bent U euforisch (te enthousiastisch) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lijdt U aan overdreven agitatie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Bent U vermoeid in rechtstaande houding en beter liggend ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lijdt U dikwijls gaan wateren wanneer U rechtstaat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>					
1. Is uw slaap licht, onrustig, angstig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hebt U moeite om (weer) in te slapen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lijdt U aan de volgende klachten ?	Neen Niet O	Zelden Weinig ±	Soms Matig +	Dikwijls Veel ++	Konstant Overwelkend +++
1. Bent U kouwelijk in't algemeen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U kouwelijk vooral 's avonds ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U last van dode witte/blauwe (winter) vingers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U last van koude handen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U last van koude voeten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een slechte bloedsomloop ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hebt U een aanleg tot verzwaren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bent U dikwijls moe of futloos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voornamelijk bij rust, wanneer u stopt met bewegen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- staat U moe op 's morgens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hebt U soms een gevoel van verminderde vitaliteit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- apathie, verminderde levenslust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bent U eerder traag en slaperig overdag ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemakkelijk verstrooid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent U dikwijls weemoedig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hebt U last van hoofdpijn ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, gelocaliseerd : <input type="checkbox"/> rond de ogen ?					
<input type="checkbox"/> achterhoofd ?					
<input type="checkbox"/> op de zijkant van het hoofd ?					
<input type="checkbox"/> verspreid over het hele hoofd ?					
7. Is uw geheugen verminderd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uw concentratie ook ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Voelt U zich dikwijls zeer nerveus (gespannen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prikkelbaar (agressief) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bent U soms opgezwollen ? : - rond de ogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- op het hele gelaat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- t .h .v ; uw handen en voeten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Lijdt U aan verstopping, constipatie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U weinig eetlust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
of soms overdreven eetlust ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een trage en moeilijke spijsvertering ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verdraagt U slecht vetstoffen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chocolade ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hebt U als kind lang in bed gewaterd ? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen op welke leeftijd ? .....					
12. Hebt U regelmatig neusbloedingen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Klaagt U van trage hartkloppingen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geraakt U vlug in ademnood ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lijdt U aan de volgende klachten ?	Neen Niet 0	Zelden Weinig ±	Soms Matig +	Dikwijls Veel ++	Konstant Overwelkdigend +++
1. Hebt U 'snachts gemakkelijk spierkrampen ? - a.d. voeten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a.d. kuiten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- a.d. handen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hebt U spataders ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn ze pijnlijk ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Klaagt U van stijfheid in de gewrichten (vnl. 's morgens) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U pijnlijke gewrichten ? Waar ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, beïnvloed door het vochtig en/of koude weer ?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen			
4. Lijdt U aan allergie van de luchtwegen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent U vlug verkouden ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hebt U dikwijls last van keelpijn ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is uw stem hees 's morgens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lijdt U aan oorsuizen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Lijdt U aan doofheid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hebt U wel eens flauwteaanvallen met draainissen overdag ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rond 11 u 00	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen			
- rond 16 u 00	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen			
Verdwijnt dit wanneer U iets zoet eet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Is uw huid eerder droog ? - t.h.v. het aangezicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- t.h.v. de ellebogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- t.h.v. de benen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zweet U weinig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hebt U nagels die breken, spitsen of ontdubbelen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hebt U last van haaruitval ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
of traagroeiend haar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Watert U weinig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drinkt U weinig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Hebt U soms last draainissen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hebt U een permanent gevoel van warmte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Zweet U over geheel uw lichaam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hebt U veel dorst ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Vermagert U ontdanks veel eten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Beeft uw lichaam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeft uw vingers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Hebt U hartkloppingen (snel kloppend hart) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Voelt U zich abnormaal zenuwachtig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
	0	±	+	++	+++
Lijdt U aan de volgende klachten ?					
Hebt u de indruk te verouderen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw rug meer naar voren gebogen dan vroeger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stapelt U vet op ter hoogte van de :					
- borsten ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- buik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dijbenen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw houding minder tonisch, meer inzakkend ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sleurt U een voordurende (achtergrond) moeheid met U mee ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een lange tijd nodig om weer op krachten te komen na een lichamelijke inspanning ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt U aan een neiging tot depressie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U passiever, minder dynamisch ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw geheugen verminderd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U verward ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U :					
- inwendig gespannen ? prikkelbaar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- overgevoelig, te emotioneel geladen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rigied, ondervindt U moeilijkheden om U aan nieuwe situaties aan te passen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapt U onrustig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U veel slaap nodig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw haar :					
- dunner geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- grijs geworden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt U aan haaruitval :					
- overal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- op het bovenhoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoort U slecht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziet U slecht :					
- om te lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- om ver te zien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U last van :					
- droge, prikkerige ogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- droge mond ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voor de dames : - droge vaginale slijmvliezen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U gewoonlijk een bleke huid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbrandt uw huid te gemakkelijk in de zon ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U rimpels :					
- op de handpalmen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- op het voorhoofd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rond de ogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rond de mond ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rond de kaken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
	0	±	+	++	+++
Lijdt U aan de volgende klachten ?					
Geraakt U gemakkelijk kortademig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondervindt U pijnen in de hartstreek bij stress of bij lichamelijke inspanningen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U spataders ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt U aan speen (aambeien) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krijgt U gemakkelijk blauwe vlekken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vindt U dat uw spieren wat te los hangen : - in de ledematen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ter hoogte van de buik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is uw spierkracht verminderd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt U aan :					
- warmtevlagen (opvliegers) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zweetbuien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U last van gewrichtspijnen ter hoogte van de :					
- hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- rug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bovenste ledematen ? Waar ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- onderste ledematen ? Waar ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondervindt U moeite om uit te wateren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet U te dikwijls over dag gaan wateren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moet U 's nachts opstaan om te wateren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een branderig gevoel bij het wateren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Voor volwassenen :</u>					
- Is uw seksuele drift verminderd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lijdt U aan een vermindering van seksuele potentie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Voor mannen :</u>					
- Groeit uw baard goed ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vertoont U beharing op de borskas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Voor dames :</u>					
- Vertoont U haar in de oksels of schaamstreek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U meer beharing dan gewenst ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Vertonen uw borsten een neiging tot inzakken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voor uw maanstonen, zwellen uw borsten pijnlijk op ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voor uw maanstonen, is uw onderbuik opgezwollen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voor uw maanstonen, bent U prikkelbaar of depressief ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Zijn uw maanstonen pijnlijk op een constante wijze ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
of met hevige krampen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Komen uw maanstonen op onregelmatige tijden ?	<input type="checkbox"/> Neen	<input type="checkbox"/> Te kort	<input type="checkbox"/> Te lang		
	(27-31d)	(26 dagen of minder)	(32 dagen of meer)		

Lijdt U aan de volgende klachten ?	Neen Niet 0	Zelden Weinig ±	Soms Matig +	Dikwijls Veel ++	Konstant Overwelkdigend +++
1. Is uw haar dun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zijn er diepe rimpels op uw gezicht ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zakken onder de ogen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hangkaken ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- dunne(re) lippen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wegtrekkend tandvlees ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- smalle(re) kaakbenen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een losse en hangende huid onder de kin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Zakt uw lichaam wat (in mekaar) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hangen uw spieren op uw lichaam los ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Bent U zwaarlijvig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minder gespierde schouders en billen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hangende tricepsspier (onder de arm) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- minder gespierde handen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zakkende spieren aan de binnenkant van uw dijbenen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een hangbuik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- cellulite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vetkussen juist bovenop de kniën ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Bent U te emotioneel geladen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is uw levenskwaliteit arm(er) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt U u eigen slecht in uw huid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U vaak ziek ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijdt U dikwijls aan infecties ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hebt U weinig eetlust (in het algemeen) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U weinig eetlust voor vlees ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hebt U weinig of minder spierkracht dan vroeger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U vlug uitgeput bij lichamelijke inspanningen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lijdt U aan de volgende klachten ?	Neen Niet 0	Zelden Weinig ±	Soms Matig +	Dikwijls Veel ++	Konstant Overwelkdigend +++
<b>9. Lijdt U aan een constante vermoeidheid ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valt het (lichamelijk) tegen als U na middernacht lang opblijft ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herstelt U uzelf langzaam indien U een avond na middernacht lang bent opgebleven ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een lange(re) tijd nodig om van een stresstoestand te bekomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt U uzelf machteloos tegen bepaalde toestanden (dat U het niet aankunt) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voelt U uzelf niet deskundig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laat U uzelf doen ? Bent U te weinig agressief (assertief) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U moeite om uzelf (emotioneel) te beheersen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beleeft U hoogtes en laagtes van uw humeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een gevoel van verminderde eigenwaarde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U angstig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bent U depressief ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hebt U een lichte slaap ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. Kunt U moeilijk tegen de koude ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11. Als kind, had U dunne spieren ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als kind, had U dunne beenderen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. Bent U geneigd U sociaal te isoleren, in uw « hokje » te blijven ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. Hebt U een dunne huid ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. Hebt U bij momenten een scherpe, roepende stem ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antwoordt U, bij momenten, nogal « droogjes » ? Hebt U een repertorium van scherpe antwoorden (als men U in het nauw drijft) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>15. Bent U kortademig bij de minste inspanningen ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Eet U :	Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
	O	±	+	++	+++
- <u>Melkprodukten</u> :					
- melk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- botermelk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- yogurt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- platte kaas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- boter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Suikers</u> :					
- witte suiker, candy suiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- snoep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- chocolade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- taarten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- koekjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- confituur, jam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- honing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Fruit</u> :					
- rijk aan vezels (appelsien, pampelmoes, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- is fruit rijp wanneer u het eet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(1 fruit/dag = weinig)					
- <u>Groenten</u> :					
- rauw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gekookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gebakken in boter of olie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- komend uit blikjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Granen</u> :					
- brood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- volkorenbrood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beschuiten, geroosterd brood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- muesli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pastas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ontkiemende granen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Corn flakes</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Vlees</u> :					
- gevogelte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- runds, varkens of paardenvlees	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
Eet U :		O	±	+	++	+++
Eet U ze :	- gegrild of op barbecue gebakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- in boter of olie gebakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- in de oven klaargemaakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gekookt of gestoomd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- rauw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- charcuterie, beleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- komend uit blikjes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- <u>Vis</u> :	- gekookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- in boter of in olie gebakken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- gekookt of gestoomd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- rauw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- (zee) <u>schelpdieren</u> (mosselen, garnalen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Eieren</u> :	- gebakken (omelet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- zacht gekookt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- rauw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- <u>Biologische voedingswaren</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Wat drinkt U ?</u>	- gesuikerde dranken (limonade, tonics,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- koffiedranken :					
	- echte koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- cola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- echte tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- afgeleide :					
	- granen / vruchtenkoffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- decafeineerde koffie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- kruidentee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- alcoholische dranken :					
	- bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- sterke dranken (whisky,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- wijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- water :					
	- spuit water	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- platwater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	hoeveel platwater drinkt U per dag ? ..... liters per dag					

	Neen Niet	Zelden Weinig	Soms Matig	Dikwijls Veel	Konstant Overwelkdigend
Antwoord a.u.b. door het juiste hokje zwart te maken	O	±	+	++	+++
- Hebt U schilfers in uw haar ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U jeuk :        - in uw haren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- op het lichaam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U een beslagen tong ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U een opgeblazen buik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U last van winderigheid ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U last van boeren ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U alternerend last van constipatie en diarree ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U last van eczema (vlekken) op het lichaam ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lijdt U aan netelroos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U last van schilferende huidjes tussen de tenen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U last van hoogtes en laagtes van energie gedurende de dag ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Lijdt U aan stemmingsschermelingen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hebt U een drukkend gevoel in het hoofd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <u>Voor de dames</u> :    - lijdt U aan vaginaal witverlies ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lijdt U aan vaginale juik ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lijdt U aan het premenstruelle syndroom ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# VRAGENLIJST : MOGELIJKE BLOOTSTELLING AAN TOXISCHE STOFFEN

*De vragen die wij U stellen dienen om te weten of U mogelijke blootgesteld bent aan toxische stoffen in uw omgeving*

## UW WOONST

### Waar woont U ?

- |                              |                             |                              |                   |                             |                              |
|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - in een stad                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - in een gemeente | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - in een dorp                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - in het centrum  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - aan de rand                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - op den buiten   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - ten zuiden van het centrum | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - ten noorden     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - ten westen                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - ten oosten      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |

Is er veel verkeer voor uw woonst ?  Ja  Nee

Passeren er veel : - vrachtwagens  Ja  Nee - personenwagens  Ja  Nee  
- autobussen  Ja  Nee

Woont U op een hoek of dichtbij een hoek ?  Ja  Nee

### Is er in de buurt van uw woonst ? :

- |   |                             |                              |                            |                             |                              |
|---|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| - een bushalte                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - verkeerslichten          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een autostrade                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - Hoever ? .....           |                             |                              |
| - een op of afrit                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - openbare werken          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een treinlijn                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - een bareel               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een tramlijn                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - een vliegveld            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een school                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - een benzinstation        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een garage                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - een elektrische kabine   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een carrosserie                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - met een spuitkabine      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - een elektrische hoogspanningsleidingen      |                             |                              | Ja                         | Nee                         |                              |
| Zo ja, op welke afstand van uw woonst ? ..... |                             |                              |                            |                             |                              |
| - een riviertje of een beekje                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - slechtriëkend            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |
| - fabriek(en)                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - welke ? .....            |                             |                              |
| - een industriepark                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | - op welke afstand ? ..... |                             |                              |
| ervaart U er enige hinder van ?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |                            |                             |                              |
| - een haven                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee |                            |                             |                              |

Wordt er in uw buurt afval opgestookt ?  Ja  Nee

- hout, plastic of andere  Ja  Nee - gebarbecued  Ja  Nee  
zo ja, ondervindt U hiervan enige hinder ?  Ja  Nee

Is Uw straat of laan met asfalt of kasseien bedekt ?  Ja  Nee

Zijn er in uw omgeving : - weiden  Ja  Nee  
- velden  Ja  Nee - serres  Ja  Nee

**Is er :** - fruitteelt  Ja  Nee - Bloementeelt  Ja  Nee

- gebruikt men sproeistoffen (pesticiden) ?  Ja  Nee

**Woont U :** - in een huis  Ja  Nee - is het alleenstaand  Ja  Nee

- of in de rij  Ja  Nee

- in een appartement  Ja  Nee - op welke verdieping ? .....

- Is uw woonst : - oud  Ja  Nee - nieuw  Ja  Nee

- Hoelang woont U daar ? ..... - En voordien ? .....

**Hebt U veel houtwerk in uw woonst ?**  Ja  Nee

- waar juist : ..... - plafonds  Ja  Nee - muren  Ja  Nee

- is het hout behandeld geweest met houtbeschermers  Ja  Nee

- Sadolin  Ja  Nee - Linitop  Ja  Nee

- Xylanom  Ja  Nee - Wanneer ? .....

**Hebt U de laatste tijd nog geverfd in uw huis ?**  Ja  Nee

Zo ja, met welke verf ? ..... - oliehoudende  Ja  Nee

- latex  Ja  Nee - stellatex  Ja  Nee

Hebt U er enige hinder van ondervonden ?  Ja  Nee

**Gebruikt of gebruikte U :** - white spirit  Ja  Nee - Thinner  Ja  Nee

- terpentijn  Ja  Nee - Sadolin  Ja  Nee

**Welke bevloering hebt U thuis en waar ?**

- parket  Ja  Nee - is die bewerkt  Ja  Nee

- vinyl  Ja  Nee - Novilon  Ja  Nee

- linoleum  Ja  Nee - steen  Ja  Nee

- tapis-plein  Ja  Nee - synthetisch of wol  Ja  Nee

**Is er vinylbehangpapier tegen muren ?**  Ja  Nee Waar ? .....

**Hebt U meubels uit geperst hout ?**  Ja  Nee - Of vol hout  Ja  Nee

**Wat hebt U in de slaapkamers :** - op de vloer : .....

- tegen de muren : .....

- is uw bedsprei synthetisch  Ja  Nee - matras  Ja  Nee

- hoofkussens : - kunstschuim  Ja  Nee - of gevederte  Ja  Nee

- lampekap in plastic  Ja  Nee

**Zijn de overgordijnen :** - in de slaapkamer ?  Ja  Nee - woonkamer  Ja  Nee

- synthetisch  Ja  Nee - katoen  Ja  Nee

- fluweel  Ja  Nee

**Is uw slaapkamer juist onder het dak ?**     Ja     Nee

- of is er een zolder boven             Ja     Nee

- in het dak : - vlak             Ja     Nee

- of puntig     Ja     Nee

- geïsoleerd     Ja     Nee

- met wat ? .....

- is het houtwerk onder het dak doordrenkt geweest met houtbeschermende

produkten ?     Ja     Nee

- Welke ? .....

**Hebt U garage :**    - in huis             Ja     Nee

- of afgezonderd     Ja     Nee

- is ze voldoende afgesloten van de woonruimte

Ja     Nee

**Welke type van verwarming is er in uw woonst :**

- centrale verwarming  Ja     Nee

- mazout             Ja     Nee

- aardgas     Ja     Nee

- is de brander in een afgezonderde plaats

Ja     Nee

- elektriciteit             Ja     Nee

- gaskachels             Ja     Nee

- steenkoolkachels             Ja     Nee

- houtkachels             Ja     Nee

- open haard             Ja     Nee

**Kookt U :**    - op gas             Ja     Nee

- of op elektriciteit             Ja     Nee

- hebt U een afzuigkap             Ja     Nee

- of kunt U de keuken goed verluchten     Ja     Nee

**Het water dat U drinkt aan tafel, komt het uit de kraan**

Ja     Nee

- of gebruikt U flessen             Ja     Nee

- plastieke             Ja     Nee

- of glazen             Ja     Nee

- weet U iets over de reputatie van uw leidingswater     Ja     Nee

- is er veel kalk     Ja     Nee

- chloor             Ja     Nee

- gebruikt U het voor thee, koffie, soep of andere     Ja     Nee

**Rookt(e) U ?**     Ja     Nee

- Hoeveel per dag ? .....

- rookt(e) uw partner     Ja     Nee

- of wordt er rond U gerookt     Ja     Nee

**Wat denkt U over uw voeding ?**

- evenwichtig             Ja     Nee

- veel             Ja     Nee

- of weinig             Ja     Nee

- op onregelmatige tijdstippen             Ja     Nee

- gebruikt U veel melkprodukten             Ja     Nee

- verwarmt U uw voedsel op hoge temperaturen             Ja     Nee

- gaat U dikwijls op restaurant             Ja     Nee

- drinkt U veel bier, wijn, sterke dranken             Ja     Nee

**Zijt U gevoelig voor :**

- parfum  Ja  Nee
- wasprodukten  Ja  Nee
- boenwas  Ja  Nee

- ammoniak  Ja  Nee
- bleekwater (javel)  Ja  Nee
- andere ? .....

- Hebt U :
- allergieën  Ja  Nee
  - hooikoorts  Ja  Nee
  - voedselallergieën  Ja  Nee

- of ooit gehad  Ja  Nee
- huidallergieën  Ja  Nee

**Hebt U dieren in huis ?**

- Ja  Nee
- kat  Ja  Nee
- andere ? .....

- hond  Ja  Nee

**Hebt U een tweede verblijf ?**

- Ja  Nee
- een chalet  Ja  Nee
- een caravan  Ja  Nee

- Waar ? .....
- in hout  Ja  Nee
- een kasteel  Ja  Nee

**Hoe voelt U zich :**

- aan zee ? .....
- in de bergen ? .....

**Hoeveel kilometers rijdt U met de wagen per jaar ?** .....

- Fietst U  Ja  Nee

**Gebruikt U cosmetische produkten :**

- Ja  Nee - Welke ? .....

**Gebruikt U haarlak, haarverf :**

- Ja  Nee - Welke ? .....

- Kent U de samenstelling ?  Ja  Nee - Zo ja, welke .....

**Draagt U :**

- veel synthetische kleding  Ja  Nee
- rubberen schoenen of schoenen met synthetische zolen  Ja  Nee
- een digitaal uurwerk :  Ja  Nee

**Brengt U soms kleding naar de droogkuis :**

- Ja  Nee

**Hebt U tandvullingen :**

- Ja  Nee - Hoeveel ? .....

- Welke ? : - amalgamen  Ja  Nee

**Hebt U orthopedische of andere prothese(n) :**

- Ja  Nee

- Welke ? .....

## UW BEROEP

Welke is of was uw beroep ? .....

Waar werkt(e) U ? :

- thuis  Ja  Nee - in een bedrijf  Ja  Nee

- in een fabriek  Ja  Nee - in een firma  Ja  Nee

- ergens anders : .....

- Werkt(e) U daar al lang ? ..... Waar werkte U daarvoor ? .....

Werkt(e) U :

- in een stad  Ja  Nee - buiten een stad  Ja  Nee

Doet U : - administratief werk  Ja  Nee

- handarbeid  Ja  Nee

- bandwerk  Ja  Nee - andere : .....

Is er in de buurt van uw werk :

- veel verkeer  Ja  Nee - een garage  Ja  Nee

- een carrosserie  Ja  Nee - met spuitkabine  Ja  Nee

- een benzinstation  Ja  Nee - een autobaan  Ja  Nee

- fabriek(en)  Ja  Nee - een industriepark  Ja  Nee

- een riviertje  Ja  Nee - of een beekje  Ja  Nee

Werkt(e) U met : - computers  Ja  Nee

- fotokopijmachine  Ja  Nee

- of werk(t)en andere mensen ermee in uw omgeving  Ja  Nee

Is er voldoende verluchting waar U werkt(e) :  Ja  Nee

- of werkt(e) U in een gesloten ruimte  Ja  Nee

- is er daar air-conditioning  Ja  Nee

- met welk effect op U ? .....

Werkt(e) U met gevaarlijke produkten :  Ja  Nee

- thinner  Ja  Nee - white spirit  Ja  Nee

- therpentijn  Ja  Nee - of andere ? .....

Rookt(e) U op werk :  Ja  Nee - of roken ze rond U  Ja  Nee

Meent U hinder te ervaren :

- van uw leefmilieu  Ja  Nee - thuis  Ja  Nee

- op uw werk  Ja  Nee

Meent U dat uw leefmilieu in belangrijke mate uw gezondheid in gevaar brengt ?  Ja  Nee