

Checklist ervaren belemmeringen

Naam: _____

Datum: _____

Bij welke activiteiten ervaart u problemen?
(Graag aankruisen)

Lichamelijk

- Zitten -----
- Staan -----
- Lopen -----
- Tillen -----
- Bukken -----
- Knielen/hurken -----
- Traplopen -----
- Reiken -----
- Bovenhands werk -----
- Gebruik handen -----

Mentaal

- Omgang met mensen -----
- Concentreren -----
- Aankunnen van:
 - Verantwoordelijkheid -----
 - Weinig structuur, onverwachtse zaken -----
 - Tijdsdruk -----
 - Omgevingsprikkels -----
 - Conflicten -----
 - Problemen van andere mensen -----

Zintuigen

- Horen -----
- Zien -----
- Voelen -----

Omgeving

- Koude, hitte -----
- Stof en damp -----
- Huidcontact -----
- Trillingen -----

Andere

Andere belemmeringen n.l.:

- _____
- _____
- _____