

Verz. Mij. Polissnr. _____
Keuring : _____

Keurend arts: _____

Keuringsformulier Verzekeringskeuring

AUB de eerste 5 pagina's invullen voor u naar de keuring komt.

Kandidaat-verzekerde:

Achternaam _____ Voorletters _____
 Adres _____ Tel.nummer _____
 Postcode / Woonplaats _____ Legitimatie nr. _____
 Geboortedatum _____ man vrouw Nationaliteit _____
 Burgerlijke staat gehuwd samenwonend ongehuwd alleenstaand
 weduwe weduwnaar gescheiden, sinds _____
 *Naam partner _____ Geboortedatum partner _____
 Uw beroep _____
 Aard werkzaamheden _____
 Huisarts: naam _____
 adres _____
 woonplaats _____

Familiegegevens:

	aantal	in leven		overleden	
		leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	doodsoorzaak
(eigen) vader	_____	_____	_____	_____	_____
(eigen) moeder	_____	_____	_____	_____	_____
broers	_____	_____	_____	_____	_____
zusters	_____	_____	_____	_____	_____
kinderen	_____	_____	_____	_____	_____

Komen of kwamen er in uw naaste familie gevallen voor van:

- erfelijke ziekten niet bekend nee ja, bij _____
- hoge bloeddruk niet bekend nee ja, bij _____
- hart- en vaatziekten niet bekend nee ja, bij _____
- hoog cholesterol niet bekend nee ja, bij _____
- overgewicht niet bekend nee ja, bij _____
- kanker niet bekend nee ja, bij _____
- suikerziekte niet bekend nee ja, bij _____
- astma, bronchitis niet bekend nee ja, bij _____

1	Voelt u zich meestal gezond?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
2	Heeft u momenteel last van, of heeft u ooit last gehad van			Genezen?
a.	Aandoeningen van oren,ogen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
b.	Aandoeningen van mond neus of keel?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
c.	Aandoeningen van longen/luchtwegen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
d.	Aandoeningen van het hart?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
e.	Aandoeningen van de bloedvaten?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
f.	Hartkloppingen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
g.	Verhoogde bloeddruk?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
h.	Verhoogd cholesterol?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
i.	Suikerziekte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
j.	Schildklierafwijkingen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
k.	Aandoeningen van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas of alveesklier?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
l.	Aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas of geslachtsorganen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
m.	Suiker, eiwit of bloed in de urine?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
n.	Aandoeningen aan bovenste ledematen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
o.	Aandoeningen aan onderste ledematen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
p.	Aandoeningen van nek of rug	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
q.	Overwerktheid, overspannenheid?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
r.	Depressiviteit?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
s.	Verlammingen, toevallen, duizelingen?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
t.	Hyperventilatie, hoofdpijn?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
u.	Bloedziekte, bloedarmoede?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
v.	Klierziekte?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
w.	Allergie, eczeem?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
x.	Huidziekten?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

- y. Trombose. spataderen, open benen? nee ja _____ ja nee

- z. Tropische ziekten? nee ja _____ ja nee

3. Is er bij bloedonderzoek ooit een afwijkende uitslag gevonden? nee ja _____
4. Heeft u aids ? nee ja _____
5. Bent u seropositief ? nee ja _____
6. Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? nee ja _____
7. Gebruikt(e) u in de afgelopen vijf jaar intraveneus drugs? nee ja _____
8. Wordt u nu, of bent u de afgelopen vijf jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening? nee ja _____
9. Ondervindt u beperking bij het verrichten van uw werkzaamheden of bij inspanning? nee ja _____
10. Beoefent u een sport? ja nee
welke _____ uur per week
_____ uur per week
11. Hebt u ooit een ernstig ongeval gehad met blijvende gevolgen ? nee ja _____
12. Heeft u ooit een van de onderstaande specialisten geraadpleegd? nee ja
 specialist i.v.m. _____
 fysiotherapeut i.v.m. _____
 psycholoog i.v.m. _____
 alternatieve genezer i.v.m. _____
13. Is er bij u ooit verricht nee ja
 röntgenonderzoek i.v.m. _____
 echo-onderzoek i.v.m. _____
 mri-onderzoek i.v.m. _____
14. Bent u ooit opgenomen geweest in een nee ja
 ziekenhuis i.v.m. _____
 inrichting i.v.m. _____
15. Hebt u ooit een operatie ondergaan? nee ja _____
16. Hebt u ooit om gezondheidsredenen langer dan 4 weken aaneen uw werk (gedeeltelijk) moeten verzuimen? nee ja _____
17. Hebt u ooit een uitkering ontvangen? nee ja _____
18. Verzuimt u nu geheel of gedeeltelijk om gezondheidsredenen uw werk? nee ja _____
19. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? nee ja _____
20. Gebruikt u momenteel medicijnen? nee ja _____
21. Volgt u momenteel een dieet? nee ja _____

22. Bent u ooit om medische reden afgekeurd voor:
- militaire dienst nee ja _____
- een beroep nee ja _____
- bloedtransfusie nee ja _____

23. Bent u ooit gekeurd voor een verzekerings maatschappij :
- Is die verzekering ook tot stand gekomen ? nee ja _____
- Bent u geaccepteerd onder afwijkende voorwaarden? nee ja _____

24. rookt u ? nee ja Heeft u in het verleden gerookt? nee ja
- Hoeveel jaar? _____ Hoeveel per dag? _____ Wanneer gestopt? _____
- ja Hoeveel jaar? _____ Hoeveel per dag? _____

25. Gebruikt(e) u alcohol? nee ja wat ? _____ Aantal glazen per dag _____

26. Gebruikt(e) u drugs? nee ja wat ? _____ Hoe vaak _____

Alleen voor vrouwen

27. Hebt u last van menstruatiestoornissen? nee ja _____
28. Hebt u gynaecologische aandoeningen? nee ja _____
29. Gebruikt u de anticonceptiepil? nee ja _____
30. Ben u in verwachting? nee ja aantal weken _____ AT _____
31. Hebt u ooit een miskraam gehad? nee ja _____
32. Hebt u onderbuikklasten? nee ja _____

33. Hebt u nog iets mede te delen dat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang is? nee ja
- _____
- _____
- _____

Vergeet u niet de verklaring op de volgende bladzijde te lezen en te ondertekenen !

Verklaringen kandidaat-verzekerde

Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledigheid zijn vermeld. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave kan leiden tot verval of wijziging van de rechten uit de verzekeringsovereenkomst. Ik verklaar dat ik geen bezwaar heb tegen doorzending van dit rapport aan de medisch adviseur van de verzekeringsmaatschappij.

Akkoordverklaring

Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, dat onder andere bestaat uit een test op antistoffen tegen het AIDS-virus (HIV-test). Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een uitslag die de aanwezigheid van antistoffen bevestigt (seropositief).

Ik wens de uitslag van een eventueel positieve HIV-test

Niet te vernemen

Wel te vernemen via :

Meditel Arts

Huisarts (zie voorblad)

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening kandidaat-verzekerde:

Handtekening keurend arts:

Kennisneming van medisch advies

U hebt het recht van de medisch adviseur te vernemen, welk advies deze op grond van de ter beschikking staande gegevens van plan is uit te brengen aan de verzekeringsmaatschappij met betrekking tot de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden u voor de verzekering kunt worden geaccepteerd. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol indien de medisch adviseur van plan is de maatschappij te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie of (een of meer andere) afwijkende voorwaarden. U kunt vragen als eerste daarvan kennis te nemen, teneinde te kunnen beslissen of de medisch adviseur dit advies mag uitbrengen aan de verzekeraar. Indien u dit wenst kunt u uw verzoek hieronder indienen. U dient er rekening mee te houden dat een en ander vertraging van de afhandeling tot gevolg heeft.

Rapport over: _____

ALGEMEEN LICHAMELIJK ONDERZOEK (dit gedeelte in te vullen door de arts)

Gewicht :	_____	kg
Lengte :	_____	cm
QI :	_____	kg/m ²
Buikomvang :	_____	cm

Pols :	_____	pm
Bloeddruk		
1 ste :	_____	mm Hg
2 de :	_____	mm Hg
na rust :	_____	mm Hg

Urine :		
Glucose :	_____	mg/dl
Eiwit :	_____	mg/dl
Ery's :	_____	/ul
Leuco's :	_____	/ul

Fluistertest :		
Links :	_____	meter
Rechts:	_____	meter

Visus veraf :		
	links	rechts
Zc	_____	_____
Mc	_____	_____
<input type="checkbox"/> bril		<input type="checkbox"/> lenzen

Algemene indruk

Zijn er afwijkingen ten aanzien van:

oren, ogen, mond, neus of keel	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
gebit	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
huid	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
lymfeklieren	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
schildklier	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
mammae	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

zenuwstelsel

abnormale of asymmetrische reflexen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
stoornissen in het evenwicht	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
tremor	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
overige stoornissen t.a.v. het zenuwstelsel	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

Extremiteiten

Zijn er afwijkingen of functiestoornissen aan:

armen, handen, schouders	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
voeten, enkels, knieën, heupen	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

Wervelkolom

Zijn er afwijkingen t.a.v.

houding / stand wervelkolom	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
functie wervelkolom	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
afwijkende Lasègue	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
afwijkende Schöber-index	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

Hart

Zijn er afwijkingen t.a.v.

Plaats en kwaliteit van de ictus	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
percussie	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
auscultatie	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

vaten

Zijn er afwijkingen t.a.v.

hals-, buik-, been-, of voetarteriën	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____
veneuze circulatie	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> VSM <input type="checkbox"/> VSP omvang: _____
aard	<input type="checkbox"/> (communicerende) teleangiectasieën	<input type="checkbox"/> reticulaire varices	<input type="checkbox"/> zijtakvarices <input type="checkbox"/> stam-varices
is er sprake van oedeem	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	_____

Longen:

Zijn er afwijkingen ten aanzien van:

- vorm en symmetrie nee ja _____
- beweeglijkheid nee ja _____
- percussie of auscultatie nee ja _____

Buik:

- is er sprake van adipositas nee ja _____
- milt / lever vergroot nee ja _____
- abnormale zwellingen / klieren palpabel nee ja _____

Geslachtsorganen:

- afwijkingen aan genitaliën * nee ja _____

* Onderzoek genitaliën alleen op indicatie

Heeft u verder nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken ? nee ja _____

Heeft u de indruk dat de onderzochte de vragen over zijn voorgeschiedenis volledig en juist heeft ingevuld? ja nee _____

Wat is op grond van de anamnese en de uitkomst van het onderzoek uw conclusie over de gezondheid van de kandidaat-verzekerde?

- zeer goede gezondheid goede gezondheid matige gezondheid slechte gezondheid

naam / stempel arts:

handtekening arts:

MACHTIGING OPVRAGEN MEDISCHE INFORMATIE

Huisarts/specialist _____

Ziekenhuis _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Dossiernummer _____

Betreft _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Geachte collega,

In verband met

de door uw patiënt aangevraagde overlijdens- /arbeidsongeschiktheids- risicoverzekering

een geschiktheidsbeoordeling voor de functie van _____

is aanvullende medische informatie nodig over de volgende aandoening:

jaar / periode: _____

De specifieke vraagstelling over deze aandoening wordt bepaald door de verzekeraar.

Ik verzoek u vriendelijk mij inlichtingen te verstrekken over:

- Het tijdstip en de aard van de klachten.

- Het ziektebeloop, eventuele complicaties.

- De geconstateerde bevindingen bij lichamelijke- en eventueel aanvullend onderzoek.

- Uw diagnose, de aard van de behandeling en het resultaat daarvan.

- De datum van de laatste controle en uw beoordeling op dat moment (mate van functie herstel).

- _____

Ik verzoek u deze informatie (vergezeld van uw declaratie), zo spoedig mogelijk op te sturen naar:

De medisch adviseur van: _____

De medisch adviseur van: _____

CED Meditel B.V. Antwoordnummer 848 2900 WB Capelle a/d IJssel

De keurend arts van: CED Meditel B.V. _____

Ondergetekende, , verklaart toestemming te verlenen voor het verstrekken van de hierboven gevraagde gegevens aan de hier bovengenoemde persoon.

Datum _____

Handtekening _____