

Keuringsformulier

Toelichting op doel en gebruik van de keuring

Het doel van de te verrichten keuring is de medisch adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te beoordelen onder welke voorwaarden de aangevraagde verzekering kan worden geaccepteerd. De vragen dienen naar waarheid, zo volledig mogelijk en zonder enig voorbehoud te worden beantwoord. Het is van belang dat de kandidaat-verzekerde op de hoogte is van het doel en gebruik van de keuring.

Verklaring van de kandidaat-verzekerde

Relatienummer	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Achternaam	Voorletters	
Adres	Telefoonnummer	
Postcode	Woonplaats	
Geboorteplaats	Geboortedatum	Bank-/gironummer
Beroep	Sedert wanneer?	
Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden?		
Zelfstandig ondernemer of werknemer	<input type="checkbox"/> Zelfstandig ondernemer	
	<input type="checkbox"/> Werknemer, werkzaam bij	(naam werkgever)
Voorgaande beroepen? Hoelang?		

Gehuwd of ongehuwd, samenwonend, weduwnaar of weduwe, gescheiden?
Sedert wanneer?

Familiegeschiedenis

(Zo nauwkeurig mogelijk invullen)	indien in leven: leeftijd/gezondheidstoestand	indien overleden: leeftijd bij overlijden/doodsoorzaak
(Eigen) vader		
(Eigen) moeder		
Echtgeno(o)t(e)/partner		
Broers	aantal	
Zusters	aantal	
Kinderen	aantal	

Komen of kwamen in de naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, suikerziekte, beroerte, cysten-nier, hart- en vaatziekten, zenuw- en zielsziekten, spierziekten, ziekten van het bewegingsapparaat, toevallen, drankzucht of zelfmoord?

Zo ja, bij wie?

Anamnese

(door keurend arts op te nemen)	Toelichting (Bij elke ziekte of klacht vermelden: wanneer? hoe lang? röntgenfoto's? hoe lang niet gewerkt?, eventueel op aparte bijlage)
1 Geniet u een goede gezondheid?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2 Hebt u of hebt u ooit gehad:	
a aandoeningen aan oren, mond, neus of keel;	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

b pleuritis, astma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogde cholesterol;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
g aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
h suiker, eiwit of andere afwijking in de urine;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
i aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronische reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
j rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
k overwerktheid, overspannenheid, depressie, zenuwziekte;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
l (kinder)verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
m bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
n huidaandoeningen, allergie, fistels;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
o trombose, spataderen, open benen, kuitpijnen bij lopen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
p tropische ziekten;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
q enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
3 Wordt u thans nog behandeld? Zo ja, door wie, en waarvoor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
4 Staat u thans nog onder controle? Zo ja, van wie, en waarvoor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
5 Voelt u zich opgewassen tegen eisen die uw beroep, uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
6 Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
7 Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport enz.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
8 Hebt u in het verleden ziekte of ongevallen gehad, waardoor u langer dan 2 weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest? Zo ja, welke ziekten, wanneer en hoe lang? Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
a Bent u thans volledig arbeidsgeschikt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b Geniet u een uitkering krachtens één der sociale wetten? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
9 Wanneer hebt u het laatst een arts geraadpleegd? Welke arts en waarvoor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
10 Wie is uw huisarts? Sinds wanneer?		
11 Bent u wel eens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotераpeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie)? Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
12 Bent u wel eens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest? Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
13 Hebt u ooit een ongevalsletsel gehad? Zo ja, wanneer? (bij breuken: doorlopend in gewrichten?) Wat waren de gevolgen? Bent u volledig hersteld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
14 Hebt u ooit een operatie ondergaan? Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
15 Hebt u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen? Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor? Houdt u thans een dieet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
16 Gebruikt(e) u geneesmiddelen? Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
17 Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan? Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Bent u bestraald?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
a Is er wel eens een electrocardiogram gemaakt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag?		
18 Hebt u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat?		
19 Is uw bloed wel eens onderzocht? Bijv. op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), sexueel overdraagbare aandoeningen, (zoals syfilis en gonorrhoe, aids (HIV-test), vetgehalte (cholesterol).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarop, wanneer, waarom en met welk resultaat?		
20 a Heeft u Aids?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarvoor, wanneer en in welk land?		
d Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar intraveneus drugs?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van 5 jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke, wanneer en hoe lang?		
21 Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing?		
22 Gewoonten, (thans, maar ook in het verleden).		
a Rookt(e) u? Zo ja, hoeveel per dag? Sedert welke leeftijd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b Indien gestopt met roken, wanneer?		
c Gebruikt(e) u alcohol? Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d Gebruikt(e) u drugs? Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
23 a Militaire dienst geheel vervuld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo nee, waarom niet?		
b Afgekeurd voor militaire dienst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarvoor?		
24 Afgekeurd bijv. voor een betrekking of bloeddonschap?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, waarom?		
25 a Voor enige verzekering gekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke verzekeraar en voor wat voor soort verzekering?		
b Verzekering steeds tot stand gekomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c Steeds aangenomen op de normale voorwaarden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo nee, tegen hogere premies, verkorting van duur, of met beperkende bepalingen?		
26 Zijn er omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraft thans of in het verleden, die bij de beantwoording van bovenstaande vragen niet werden vermeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, gaarne omschrijving.		
27 Alleen voor vrouwen		
a Menstruatiestoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b Gynaecologische aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
c Anticonceptiepil?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d Indien zwangerschap bestaat, sedert wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e Miskramen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f Aandoeningen in de onderbuik?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Medisch rapport van:	(naam keurend arts) te	
Identiteit van de kandidaat-verzekerde vastgesteld	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Is de kandidaat-verzekerde u bekend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zo ja, welke relatie?		

Algemeen onderzoek

28 Gewicht (zonder kleren)		kg
a Laatste jaar toegenomen		kg
b Laatste jaar afgenomen		kg
c Lengte (zonder schoenen)		cm
d Borstomvang bij max. inspiratie		cm
e Borstomvang bij max. expiratie		cm
f Buikomvang onder de navel		cm
g Grootste heupomvang		cm
h Halsomvang		cm
29 Afwijkingen in psychische gesteldheid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
30 Zijn er afwijkingen aan huid, lymphklieren, schildklier, mammae? Zo ja, welke?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
31 Afwijking van de rug en wervelkolom? (kyphose, lordose, scoliose, spiertonus, functie, klop- of schokpijn, Lasègue? enz.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
32 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen enz.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
a Stijve, slecht bewegende, gezwollen gewrichten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
33 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, buik-, voetzoolreflexen?) Zijn deze symmetrisch? Path. reflexen? Tremoren? Hoe is de evenwichtszin?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
34 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.) of oren (otorrhoe)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
a Hoe is het gezichtsvermogen? zonder correctie	<input type="checkbox"/> Rechter oog	<input type="checkbox"/> Linker oog
met correctie	<input type="checkbox"/> Rechter oog	<input type="checkbox"/> Linker oog
welke correctie	<input type="checkbox"/> Rechter oog	<input type="checkbox"/> Linker oog
b Hoe is het gehoor? fluisteren in meters	<input type="checkbox"/> Rechter oor m	<input type="checkbox"/> Linker oor m
35 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
a Hoe is de toestand van het gebit?		
36 Hart en bloedvaten		
a Hoe is de pols? (kwaliteiten? frequentie? (regelmatig, aequaal))		
b Hoe is de bloeddruk? Wilt u, indien de tensie te hoog is, deze op een voor kandidaat-verzekerde b.v. 's morgens, nog eens opnemen? Diastole is bij verdwijnen / zachter worden van tonen opgegeven	eventueel: 2e bepaling	na rust volg. ochtend na rust
Welk instrument werd gebruikt?	systolisch	diastolisch
c Waar is de hartstoot te voelen? (Bij twijfelgevallen afstand in cm van mediastlijn aangeven)		
Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
d Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving van geruisen) van het hart? Onderzoek bij twijfel ook in liggende houding. Doe steeds een functieproef en ga na hoelang de adem kan worden ingehouden. (vermeld uitkomsten hiervan).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
e Afwijkingen aan buik-, been-, of voetarterieën?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
f Veranderingen aan de venae (varices)? Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
37 Borstkas en longen		
a Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas? Afwijkingen? (symmetrisch, ruim beweeglijk)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
b Hoe is de percussie en beweeglijkheid van de longgrenzen?		
c Hoe is de auscultatie? Verlengd experium?		

Verklaringen kandidaat-verzekerde

43 a Ondertekening.

Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld. Ik ben mij ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan. Ik ben door de keurend arts op de hoogte gesteld van het doel en gebruik van deze keuring. Ik verklaar dat ik geen bezwaar heb tegen doorzending van dit rapport aan de medisch adviseur.

b Als ik gebruik wens te maken van het recht om, indien de medisch adviseur voornemens is te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie dan wel op (één of meer) andere voorwaarden dan de gebruikelijke, dan wel de verzekering te weigeren, als eerste van de medisch adviseur dit advies te vernemen, zal ik hiervoor schriftelijk een verzoek zenden aan de medisch adviseur.

c Akkoordverklaring (uitsluitend in te vullen, indien de HIV-test deel uitmaakt van de keuring).

Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, het welke onder andere bestaat uit een test op anti-stoffen 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 seropositiviteit aangeeft.

Ik wens de uitslag van de HIV-test:

Niet te vernemen;

wel te vernemen via een door mij aan te wijzen huisarts of vertrouwensarts
Dr. _____ te _____

d Machtiging (doorhalen indien niet van toepassing)

Ik _____ (naam kandidaat-verzekerde) geboren _____
mchtig hierbij de arts _____ te _____

die mij in _____⁽¹⁾ behandeld heeft, aan de medisch adviseur inlichtingen te verschaffen over de volgende
aandoening(en):

Plaats

Datum

U kunt desgewenst de kandidaat-verzekerde informeren over de uitkomst van uw onderzoek, maar wij verzoeken u dringend geen uitspraak te doen over de voorwaarden waarop de verzekering tot stand kan komen.

Bovenstaand onderzoek had plaats:

op _____ 20 _____, om _____ uur

Handtekening kandidaat-verzekerde

(stempel en handtekening van de keurend arts)

Giro/bankrekening nr. _____

t.n.v. _____

te _____

Het honorarium is conform tarieven CTG

(1) Svp behandelingsjaar vermelden