

Aan de keurend internist,

Geachte collega,

Hiermee verzoeken wij u een keuring uit te voeren, met de volgende inhoud:

- anamnese en lichamelijk onderzoek volgens keuringsformulier (urine-onderzoek inclusief sediment)
- E.C.G. in rust (inspannings E.C.G. op indicatie, door u te beoordelen)
- X-thorax, bij personen van 40 jaar of ouder, of indien een medische indicatie aanleiding geeft (anamnese met longafwijkingen, afwijkingen bij lichamelijk onderzoek, meer dan 20 sigaretten per dag)
- Uitgebreid bloedonderzoek (nuchter), zie achterzijde van dit formulier.

De levensverzekeringsmaatschappijen in Nederland verlangen sinds 1988, met instemming van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, een bloedonderzoek bij aanvragen voor een individuele levensverzekering met een overlijdensrisico van € 160.000,- of meer. Dit bedrag is vastgelegd in de Wet Medische Keuringen en wordt elke 3 jaar bij ministeriële regeling aangepast aan de hand van de consumentenprijsindex. Tot de standaardprocedure behoort een test op HIV-antistoffen.

Het is van groot belang dat de kandidaat-verzekerde door u vooraf wordt geïnformeerd, in het bijzonder over de aard van de test op HIV-antistoffen. Ook de K.N.M.G. hecht grote waarde aan dit "informed consent". In verband hiermee dient de kandidaat-verzekerde schriftelijk een akkoordverklaring af te geven, waarin betrokkene tevens aangeeft wat te doen in geval van een positieve uitslag, (zie verklaringen kandidaat-verzekerde op bijgaand keuringsformulier).

Na invulling van het keuringsformulier en het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium, gelieve u:

- indien u zelf bloed afneemt, dit samen met het verzoekformulier op te sturen naar het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam;
- indien u niet zelf bloed afneemt, de kandidaat-verzekerde te verwijzen naar een klinisch chemisch laboratorium dat zonodig een virologisch of medisch microbiologisch laboratorium inschakelt. Hiertoe dient het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium meegegeven te worden aan de betrokkene.

Onder gebruikmaking van hetzelfde bloedmonster zullen deze laboratoria een herhaald-positieve Elisa-test laten bevestigen door een Western Blot-test.

Het resultaat wordt door het laboratorium vervolgens, rechtstreeks, schriftelijk aan ondergetekenden medegedeeld. Vervolgens wordt dan de instructie van de kandidaat-verzekerde gevolgd.

Het keuringsformulier gelieve u aan ons te zenden in de daarvoor bestemde envelop.

Wij danken u voor uw medewerking.

Met collegiale hoogachting,

Medische adviseurs REAAL Levensverzekeringen N.V.

Drs D.J. van Dongen, internist

Drs G.Ph. Homburg, arts

Bijlagen: • keuringsformulier
• retourenvelop

Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst

Plesmanlaan 1251066 CX AMSTERDAM

Tel: 020 - 512 92 22

Gegevens keurend internist

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

Verzoek aan het laboratorium voor het verrichten van bloedonderzoek

In verband met de aanvraag voor een levensverzekering is bloedonderzoek noodzakelijk bij:

Naam en voorletter(s) _____
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

Wilt u volgende onderzoeken bij bovengenoemde kandidaat-verzekerde **nuchter** laten verrichten:

HIV (Elisa)) _____
en
BSE _____ mm/1uur _____ normaalwaarde
Hb _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Ht _____ l/l _____ normaalwaarde
MCV _____ fl _____ normaalwaarde
Leucocyten _____ 10⁹/l _____ normaalwaarde
Cholesterol _____ mmol/l _____ normaalwaarde
HDL-Cholesterol _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Ratio Chol/HDL-Chol. _____
Triglyceriden _____ mmol/l _____ normaalwaarde
ASAT _____ U/l _____ normaalwaarde
ALAT _____ U/l _____ normaalwaarde
gamma-GT _____ U/l _____ normaalwaarde
Alkalische fosfatase _____ U/l _____ normaalwaarde
LDH _____ U/l _____ normaalwaarde
Kreatinine _____ µmol/l _____ normaalwaarde
Glucose _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Mannen > 50 jaar
PSA _____ µg/l _____ normaalwaarde

) Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

Wilt u de uitslag en de rekening laboratoriumkosten onder vermelding van **VERTROUWELIJK** zenden aan:

REAAL Levensverzekeringen N.V.
t.a.v. de Medisch Adviseur
Antwoordnummer 11
1800 VB Alkmaar

Medische Keuring Levensverzekering - Arbeidsongeschiktheidsverzekering

Dossiernummer REAAL _____

Toelichting op doel en gebruik van de keuring

Het doel en gebruik 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

Achternaam _____ (bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam)

Voorletters _____ Man Vrouw

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboorteplaats _____ Geboortedatum _____

Telefoonnummer _____

Beroep _____ Sedert wanneer? _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden? _____

Zelfstandig ondernemer of werknemer? Zelfstandig ondernemer
 Werknemer, werkzaam bij _____ (naam werkgever)

Voorgaande beroepen? Hoelang? _____

Familiegeschiedenis (zo nauwkeurig mogelijk invullen)

In leven

Overleden

	Leeftijd	Gezondheidstoestand	Leeftijd bij overlijden	Doodsoorzaak
Vader	_____	_____	_____	_____
Moeder	_____	_____	_____	_____
Echtgenote/echtgenoot/partner	_____	_____	_____	_____
Broer, aantal	_____	_____	_____	_____
Zuster, aantal	_____	_____	_____	_____
Kinderen, aantal	_____	_____	_____	_____

Komen of kwamen in uw familie (grootouders, ooms, tantes) gevallen voor van:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erfelijke ziekten | <input type="checkbox"/> Ziekten van het bewegingsapparaat | <input type="checkbox"/> Zenuw- of zielsziekten |
| <input type="checkbox"/> Kanker | <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Drankzucht |
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten | <input type="checkbox"/> Zelfmoord |
| <input type="checkbox"/> Vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Nierziekten | <input type="checkbox"/> Neurologische aandoeningen |
| <input type="checkbox"/> Spierziekten | <input type="checkbox"/> Bloedziekten | |

Welke ziekte(n) en 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? Ja Nee _____
2. Heeft u ooit gehad:
 - a. Aandoeningen aan oren, mond, neus of keel; Ja Nee _____
 - b. Pleuritis, asthma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen; Ja Nee _____
 - c. Ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst; Ja Nee _____
 - d. Hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk; Ja Nee _____

- e. Suikerziekte, schildklierandoening, jicht, verhoogd cholesterol; Ja Nee _____
- f. Aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alveesklier; Ja Nee _____
- g. Aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen; Ja Nee _____
- h. Suiker, eiwit of andere afwijking in de urine; Ja Nee _____
- i. Aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen, tennisarm; Ja Nee _____
- j. Rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug; Ja Nee _____
- k. Overwerktheid, overspannenheid, depressie, zenuwziekte; Ja Nee _____
- l. (kinder) verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen; Ja Nee _____
- m. Bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten; Ja Nee _____
- n. Huidaandoeningen, allergie, fistels; Ja Nee _____
- o. Trombose, spataderen, open benen, kuitpijnen bij lopen; Ja Nee _____
- p. Tropische ziekten; Ja Nee _____
- q. Enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd? Ja Nee _____
Zo ja, welke? _____
3. Wordt u thans nog behandeld? Ja Nee _____
Zo ja, door wie en waarvoor? _____
4. Staat u thans nog onder controle? Ja Nee _____
Zo ja, van wie en waarvoor? _____
5. Voelt u zich opgewassen tegen de eisen die uw beroep, uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen? Ja Nee _____
6. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? Ja Nee _____
7. Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport, enz.) Ja Nee _____
8. Heeft u in het verleden ziekten en/of ongevallen gehad, waardoor u langer dan 2 weken uw werk heeft moeten verzuimen? Ja Nee _____
Zo ja, welke ziekten, wanneer en hoe lang? _____
Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen? Ja Nee _____
- a. Bent u thans volledig arbeidsgeschikt? Ja Nee _____
- b. Geniet u een uitkering krachtens één der sociale wetten? Ja Nee _____
Zo ja, welke? _____
9. Wanneer heeft u voor het laatst een arts geraadpleegd? Welke arts en waarvoor? _____
10. Wie is uw huisarts? Sinds wanneer? _____
11. Bent u weleens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een additieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie)? Ja Nee _____
Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor? _____
12. Bent u weleens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest? Ja Nee _____
Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang? _____
13. Heeft u ooit een ongevalsletsel gehad? Ja Nee _____
Zo ja wanneer? (bij breuken: doorlopend in gewrichten?) Wat waren de gevolgen? _____
Bent u volledig hersteld? Ja Nee _____
14. Heeft u ooit een operatie ondergaan? Ja Nee _____
Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld? _____

15. Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen?
Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor? Ja Nee
-
- Houdt u thans een dieet? Ja Nee
16. Gebruikt(e) u geneesmiddelen?
Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer? Ja Nee
-
17. a. Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan?
Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag? Ja Nee
-
- b. Bent u bestraald? Ja Nee
- c. Is er weleens een electrocardiogram van u gemaakt?
Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag? Ja Nee
-
18. Heeft u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan?
Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat? Ja Nee
-
19. Is uw bloed weleens onderzocht? Bijv. op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), SOA (zoals syfillis en gonorrhoe), HIV en cholesterol.
Zo ja, waarop, wanneer, waarom en met welk resultaat? Ja Nee
-
20. Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing? Ja Nee
-
21. Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)
- a. Rookt(e) u? Ja Nee
Zo ja, hoeveel per dag? Sedert welke leeftijd? _____
- b. Indien gestopt met roken, wanneer? _____
- c. Gebruikt(e) u alcohol? Ja Nee
Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag? _____
- d. Gebruikt(e) u drugs? Ja Nee
Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze? _____
22. a. Afgekeurd bijv. voor een betrekking of bloeddonorerschap?
Zo ja, waarom? Ja Nee
-
- b. Voor enige verzekering gekeurd?
Zo ja, welke verzekeraar en wat voor verzekering? Ja Nee
-
- c. Verzekering steeds tot stand gekomen? Ja Nee
- d. Steeds aangenomen op de normale voorwaarden?
Zo nee, tegen hogere premies, verkorting van duur of met beperkende bepalingen? Ja Nee
-
23. 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?
Zo ja, gaarne omschrijving. Ja Nee
-
24. Alleen voor vrouwen
- a. Menstruatiestoornissen? Ja Nee
- b. Gynaecologische aandoeningen? Ja Nee
- c. Indien zwangerschap bestaat, sedert wanneer? _____

Handtekening kandidaat-verzekerde

Handtekening keurend arts

Identiteit van de kandidaat-verzekerde vastgesteld aan de hand van

- Geldig paspoort Geldige Europese identiteitskaart
 Geldig Nederlands rijbewijs

Afgegeven onder nummer _____

Algemeen onderzoek

25. Welke indruk maakt betrokkene op u?

- a. lichamelijk (postuur, gezond, etc)
- b. geestelijk (rustig, gespannen, etc)

26. Gewicht (zonder kleren)

- a. Laatste jaar toegenomen
- b. Laatste jaar afgenomen
- c. Lengte (zonder schoenen)

_____ kg

_____ kg

_____ kg

_____ cm

27. a. Zijn er afwijkingen aan huid, lymphklieren, schildklier?

Ja Nee

Zo ja, welke?

b. Zijn er afwijkingen aan de mammae (anamnestisch)?

Ja Nee

Zo ja, welke?

28. Afwijkingen van de rug en wervelkolom? (kyphose, lordose scoliose, spiertonus, functie, klopp of schokpijn, Lasègue? enz.)

Ja Nee

29. Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen, enz.)

Ja Nee

a. Stijve, slecht bewegende, gezwollen gewrichten?

Ja Nee

30. Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, buik-, voetzoolreflexen?) Zijn deze symmetrisch? Path. Reflexen? Tremoren? Hoe is de evenwichtszin?

Ja Nee

31. Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.) of oren (otorrhoe)?

Ja Nee

- a. Hoe is het gezichtsvermogen? zonder correctie
- met correctie
- welke correctie

Linker oog _____ Rechter oog _____

Linker oog _____ Rechter oog _____

Linker oog _____ Rechter oog _____

b. Hoe is het gehoor? fluisteren in meters

Linker oor _____ m

Rechter oor _____ m

32. Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak?

Ja Nee

33. Hart en bloedvaten

a. Hoe is de pols? (kwaliteit? frequentie? (regelmatig, aequaal))

b. Hoe is de bloeddruk?

systolisch

diastolisch

Wilt u indien de tensie te hoog is, deze op een voor betrokkene rustig moment, nog eens opnemen? eventueel: ze bepaling

na rust volg. ochtend na rust

Diastole is bij verdwijnen/zachter worden van tonen opgegeven

systolisch

diastolisch

c. Waar is de hartstoot te voelen? (Bij twijfelgevallen afstand in cm van mediastlijn aangeven)

Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding?

Ja Nee

d. Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving en gradering van geruisen) van het hart?

Ja Nee

Onderzoek bij twijfel ook in zittende houding. Doe steeds een functieproef en ga na hoelang de adem kan worden ingehouden (vermeld uitkomsten hiervan).

e. Afwijkingen aan buik-, been-, of voetarterieën?

Ja Nee

f. Veranderingen aan de venea (varices)?

Ja Nee

Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid.

g. Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem?

Ja Nee

34. Borstkas en longen
- a. Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas? Afwijkingen? Ja Nee
(symmetrisch, ruim beweeglijk) _____
- b. Hoe is de percussie en beweeglijkheid van de longgrenzen? _____
- c. Hoe is de auscultatie? Verlengd expirium? _____
- d. Vindt u tekenen van emphyseem? (indien er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling, enz. dan graag beschrijving) Ja Nee

35. Buik en geslachtsorganen
- a. Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (lever of milt voelbaar) Ja Nee
- b. Bij keuring van een vrouw letten op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap. _____
- c. Zijn er afwijkingen aan penis, testes, epididymides (anamnestisch)? Ja Nee
- d. Zijn er afwijkingen aan of om de anus (anamnestisch)? Ja Nee

Bij Internistenkeuring zie voor vraag 36 en 37 de begeleidende brief

36. Urine-onderzoek
- a. Is de urine inderdaad door de betrokkene geloosd? Ja Nee
- b. Wilt u het urine-sediment onderzoeken, vooral wanneer de urine eiwit bevat, troebel is, de bloeddruk verhoogd is of iets in de anamnese daartoe aanleiding geeft? (Bij lever en/of miltzwellingsonderzoek op urobilinurie) _____
- c. Welke onderzoeksmethode is gebruikt? _____
- d. Eiwit? _____
- e. Suiker? _____
- f. Kleur? _____
- g. Sediment? _____

37. Bloedonderzoek
- HIV (Elisa) ¹⁾ _____
- (totaal) Cholesterol ²⁾ _____ mmol/l
- Glucose: _____ mmol/l

¹⁾ Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door Het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

²⁾ Indien het totaal Cholesterol > 6,5 mmol/l bedraagt, gaarne aanvullend de bepaling van het HDL-Cholesterol (laten) verrichten.

38. a. Heeft u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de betrokkene op te merken? Ja Nee
- Zo ja, wat? _____
- b. Heeft u de indruk dat de betrokkene, de vragen over diens voorgeschiedenis, volledig en juist heeft beantwoord? Ja Nee
- c. Wat is op grond van de anamnese en de uitkomsten van het onderzoek uw conclusie over de gezondheid van de betrokkene? _____

39. Algemene opmerkingen/ruimte voor extra toelichting

U kunt desgewenst de kandidaat-verzekerde informeren over de uitkomsten 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

Stempel en handtekening keurend arts:

Giro/bankrekening nr. _____ o.v.v. _____

ten name van _____ te _____

Het honorarium is conform de tarieven COTG.

Verklaringen kandidaat-verzekerde

Ondertekening.

A. Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen, in bijgaand keuringsformulier, 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 van REAAL Levensverzekeringen.

B. Ik wens gebruik te maken van het recht om indien de medisch adviseur voornemens is REAAL Levensverzekeringen 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 medische adviseur dit advies aan REAAL Levensverzekeringen te vernemen.

Ja Nee

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

C. 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 aan geeft.

Ik wens de uitslag van de HIV-test:

Niet te vernemen Wel te vernemen via een door mij aan te wijzen huisarts of vertrouwensarts.

Naam arts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Handtekening kandidaat-verzekerde

Machtiging tot opvragen van medische gegevens

(Kandidaat-verzekerde) naam _____, geboren _____, geeft hierbij toestemming aan zijn/haar specialist/huisarts om de benodigde medische gegevens te verstrekken aan de medisch adviseurs van REAAL Levensverzekeringen NV, betreffende de volgende aandoening(en):

Naam huisarts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Naam specialist _____

Werkzaam in ziekenhuis _____

Adres ziekenhuis _____

Postcode _____ Vestigingsplaats _____

Handtekening kandidaat-verzekerde
