

Keuringsformulier

MEDISCH GEHEIM

intermediar

intermediarnummer

adresgegevens intermediair (of stempel)

Keuringsformulier

MEDISCH GEHEIM

Bij een aantal vragen op dit formulier dient een keuze tussen ja en nee te worden gemaakt. In alle gevallen geldt wanneer een vraag met ja wordt beantwoord, u ook een nadere toelichting moet geven. In de meeste gevallen staat aangegeven wat u precies moet toelichten. Heeft u meer ruimte nodig voor uw antwoorden dan op het formulier beschikbaar is, voeg dan zelf een aparte bijlage toe. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage behoort.

1. KANDIDAAT-VERZEKERDE

naam en voorletters	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
straat en huisnummer		
postcode	plaats	
geboortedatum (d-m-j)		
beroep of functie	sedert (d-m-j)	
werkzaamheden		

2. GEGEVENS OVER DE FAMILIE

	leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	doodsoorzaak
(eigen) vader				
(eigen) moeder				
echtgeno(o)t(e)/partner				
broer(s)				
zuster(s)				
kind(eren)				

NADERE INFORMATIE NAASTE FAMILIE

Komen of kwamen in uw naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van

erfelijke ziekten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
kanker	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
suikerziekte	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
beroerte	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
cyste-nieren	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
hart- en vaatziekten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden
spier- of zenuwziekten	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, bij	vanaf (leeftijd)	leeftijd bij overlijden

3. ANAMNESE

Heeft u klachten over uw gezondheid? nee ja, nl.

WERKZAAMHEDEN

Ondervindt u beperkingen bij het verrichten van uw werk? nee ja, nl.

Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? nee ja, nl.

Heeft u in het verleden ziekten of ongevallen gehad waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk niet kon werken?

nee ja, nl. (ziekte/letsel/aandoening)

klachten (kort omschrijven)

sinds (maand en jaar)

duur van de klachten

duur van het verzuim

Bent u thans ziek of geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt? nee ja

Ontvangt u een arbeidsongeschiktheidsuitkering? nee ja

UW GEZONDHEIDSTOESTAND

Beantwoord bij elke ziekte of klacht onder toelichting de volgende vragen

- om welke aandoening het gaat
- wanneer het gebeurde
- hoelang het duurde
- hoelang u geheel of gedeeltelijk niet heeft kunnen werken

Heeft u of heeft u ooit gehad:

aandoeningen/klachten van oren, ogen, mond, neus of keel? nee ja, nl.

astma, bronchitis of andere long- en/of luchtwegaandoeningen? nee ja, nl.

hart- of vaatziekte, hartkloppingen, verhoogde bloeddruk, kortademigheid, pijn op de borst? nee ja, nl.

suikerziekte, verhoogd cholesterol, schildklier-aandoening, jicht? nee ja, nl.

klachten van slokdarm, maag, darmen, lever, galblaas, alveesklier? nee ja, nl.

klachten van nieren, blaas, urinewegen, geslachtsorganen? nee ja, nl.

klachten van spieren of gewrichten, zenuwontsteking/-pijn, reuma, schouderpijn, tennisarm? nee ja, nl.

rugklachten, spit, hernia, ischias, neklachten, andere rugafwijkingen, bekkenpijn? nee ja, nl.

overwerktheid, overspanning, hyperventilatie, zenuwziekte, depressiviteit, psychische klachten, langdurige vermoeidheid? nee ja, nl.

beroerte, verlammingen, toevallen, wegraking, duizelingen, flauwte, hoofdpijnen? nee ja, nl.

huidaandoeningen/-klachten, eczeem, hooikoorts, allergie, fistels? nee ja, nl.

bloedziekten, trombose, spataderen, open been, tropische ziekten? nee ja, nl.

klachten over het slapen, de eetlust, de ontlasting of de urinelozing? nee ja, nl.

enige andere ziekte, kwaal, of afwijking hier niet genoemd? nee ja, nl.

Heeft u de laatste 3 jaar uw huisarts geraadpleegd?

nee ja, nl. (klacht/ziekte/aandoening)

Wie is uw huidige huisarts?

naam

straat en huisnummer

postcode

plaats

sinds (d-m-j)

ROKEN, ALCOHOL EN DRUGS			
Rookt u?	<input type="checkbox"/> nee, nooit gerookt	<input type="checkbox"/> nee, niet meer sinds (d-m-j)	<input type="checkbox"/> ja, sinds (d-m-j)
			aantal sigaretten per dag (gemiddeld)
Gebruikt u alcohol?	<input type="checkbox"/> nee, nooit gedaan	<input type="checkbox"/> nee, niet meer sinds (d-m-j)	<input type="checkbox"/> ja, nl. (soort)
			aantal glazen per dag (gemiddeld)
Gebruikt u drugs?	<input type="checkbox"/> nee, nooit gedaan	<input type="checkbox"/> nee, niet meer sinds (d-m-j)	<input type="checkbox"/> ja, nl. (soort)

AIDS EN HIV			
Heeft u AIDS?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond ofwel bent u seropositief?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	
Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, op (d-m-j)	in (land)
Gebruikt(e) u de afgelopen vijf jaar intraveneus drugs?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	Heeft u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Wordt u thans, of bent u in de afgelopen periode van vijf jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl. (aandoening)	

BLOEDONDERZOEK			
Is uw bloed weleens onderzocht op bloed- suiker of nierziekten, vetgehalte (cholesterol) of geelzucht (hepatitus)?	<input type="checkbox"/> waarop	<input type="checkbox"/> wanneer (d-m-j)	
			uitslag

MEDISCHE KEURING			
Bent u ooit op medische gronden afgekeurd, bv. voor een betrekking of de bloedtransfusiedienst?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl.	
Heeft een verzekeringsmaatschappij u ooit een verzekering geweigerd of deze onder afwijkende voorwaarden aangeboden?	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja, nl.	

TOELICHTING			
Ruimte voor overige mededelingen en/of toelichting			

4. VERKLARING EN ONDERTEKENING			
BELANGRIJK!			
Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de toelichting, de gestelde vragen te hebben begrepen en deze eigenhandig en naar waarheid en volledig te hebben beantwoord en zich er van bewust te zijn dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan. Ondergetekende verklaart voorts dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering.			
Getekend in tegenwoordigheid van de keurend arts			
datum (d-m-j)	plaats	handtekening kandidaat-verzekerde	
			handtekening keurend arts

5. ONDERZOEK

verricht door	plaats	datum (d-m-j)	tijd	uur
Heeft betrokkene zich gelegitimeerd? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, d.m.v.				
gewicht kg lengte cm				
omschrijf uw algemene indruk van betrokkene				
Hoe is de psychische gesteldheid (depressief, manisch, gespannen, nerveus, etc.)?				
Zijn er afwijkingen aan huid, lymfklieren, schildklier, mammae?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
Zijn er afwijkingen van de rug en wervelkolom?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
vingertop-grond afstand cm				
Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
Zijn er afwijkingen aan de oren?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
Zijn er afwijkingen aan de ogen?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				
Hoe is het gezichtsvermogen?				
<input type="checkbox"/> zonder correctie links rechts				
<input type="checkbox"/> met correctie links rechts				
Draagt betrokkene een bril of contactlenzen? <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl. sterkte links sterkte rechts				
Zijn er afwijkingen aan mond, gebit, neus, keel, stem of spraak?				
<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.				

HART EN BLOEDVATEN			
Hoe is de pols (kwaliteit, frequentie)?			
bloeddruk	1 ^e meting	2 ^e meting	ander moment
Waar is de hartstoot te voelen?		intercostaal ruimte	
Vindt u afwijkingen bij percussie of auscultatie van het hart?			
<input type="checkbox"/> binnen m.c.l.		<input type="checkbox"/> op m.c.l.	<input type="checkbox"/> buiten m.c.l.
Zijn er veranderingen aan de venen (varices)?			
Hoe zijn de pulsaties van de been- en voetarteriën?			
Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem?			
Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas (symmetrisch, ruim beweeglijk)?			
Hoe is de percussie en verschuiving van de longgrenzen?			
Hoe is de auscultatie? Verlengd expirium?			
Vindt u tekenen van emfyseem?			
Vindt u afwijkingen aan buikwand en buikinhoud (lever en/of milt voelbaar)?			
<input type="checkbox"/> nee		<input type="checkbox"/> ja, nl.	
Indien geïndiceerd: vindt u afwijkingen aan geslachtsdelen of anus?			
<input type="checkbox"/> nee		<input type="checkbox"/> ja, nl.	
Wilt u het urinesediment onderzoeken als de urine eiwit bevat of troebel is, de bloeddruk verhoogd is of iets in de anamnese daartoe aanleiding geeft?			
eiwit	kleur	soortelijk gewicht	
suiker	helderheid	sediment	
Indien de HIV-test positief uitvalt dient deze herhaald te worden. Een herhaald positieve uitslag dient te worden bevestigd door een Western-blot test. (zie ook de toelichting bij de akkoordverklaring)			
BSE	HIV	cholesterol	glucose
Heeft u nog iets op te merken omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon?			
Wat is op grond van de anamnese en uw onderzoek uw conclusie over de gezondheid van betrokkene (eventueel uw toelichting)?			

6. ONDERTEKENING			
datum (d-m-j)		plaats	
handtekening keurend arts		naamstempel van de arts die het onderzoek heeft verricht	
DECLARATIE			
honorarium (conform COTG tarief)		€	honorarium extra verrichtingen
rekeningnummer		ten name van	

7. AKKOORDVERKLARING

TOELICHTING

Ingevolge art. 6 van de WMK (Wet op de medische keuringen) maakt een bloedonderzoek deel uit van de keuring indien het bedrag van de aangevraagde verzekering de zogenaamde 'vragengrens' overschrijdt. Dit is het geval bij:

- een levensverzekering of spaarplan met een overlijdensrisico van € 160.000,- of meer (inclusief eventueel in de afgelopen 3 jaar afgesloten verzekeringen/spaarplannen)
- een arbeidsongeschiktheidsverzekering met een te verzekeren rente van € 32.000,- of meer voor het eerste jaar en/of € 22.000,- of meer voor de navolgende jaren (inclusief eventueel reeds gesloten verzekeringen).

Het bloedonderzoek omvat bloedbezinking, cholesterol, glucose en HIV-antistoffen.

Het is van belang dat de te keuren persoon hierover van tevoren wordt geïnformeerd en gewezen op de aard en consequenties van een positieve HIV-test en de mogelijkheid van een vals-positieve uitslag. Bij een positieve test zal de medisch adviseur de huisarts of een door de betrokkene met name genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijkertijd zal aan de betrokkene worden gevraagd met de huisarts of de vertrouwensarts contact op te nemen.

Het is noodzakelijk aan de betrokkene voor deze procedure toestemming te vragen door het laten ondertekenen van onderstaande akkoordverklaring.
Wilt u de ingevulde verklaring met het keuringsrapport terugsturen?

AKKOORDVERKLARING

Hiermee verklaar ik akkoord te gaan met een onderzoek van mijn bloed, welk onderzoek zal bestaan uit de bepaling van bloedbezinking, cholesterol en glucose en een test op antistoffen tegen aids (HIV-test). Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aangeeft.

In geval van seropositiviteit wil ik de uitslag

- niet vernemen
- wel vernemen via mijn huisarts
- wel vernemen via de onderstaand aangegeven vertrouwensarts

naam arts

adres

woonplaats

datum (d-m-j)

plaats

handtekening kandidaat-verzekerde

Goudse Levensverzekeringen N.V., Postbus 9, 2800 MA Gouda, Nederland, telefoon (0182) 544 544, fax (0182) 544 899.
Goudse Levensverzekeringen N.V. is een werkmaatschappij van De Goudse.

Goudse Schadeverzekeringen N.V., Postbus 9, 2800 MA Gouda, Nederland, telefoon (0182) 544 544, fax (0182) 544 899.
Goudse Schadeverzekeringen N.V. is een werkmaatschappij van De Goudse.