

KEURINGSFORMULIER**Medisch geheim**

Voor informatie met betrekking tot deze keuring kunt u contact opnemen met de Medische afdeling van DBV verzekeringen

Dit keuringsformulier is bestemd voor een verzekering, aangevraagd bij DBV Levensverzekeringsmaatschappij N.V.

Inhoud van de keuring

- Indien dit formulier uit een envelop komt met het opschrift *'huisartsenkeuring'* is een bloedonderzoek nodig, conform het genoemde onder vraag 40.
 - Indien dit formulier uit een envelop komt met het opschrift *'internistenkeuring'* is bij deze keuring door een internist een uitgebreider bloedonderzoek, een E.C.G. rust en inspanning en een longfunctie onderzoek nodig. Er dient hiertoe een brief voor de internist te zijn toegevoegd.
- Geldt alleen indien aangekruist
Keuring zonder bloedonderzoek. Vraag 40 vervalt.

Legitimatie

Wilt u de identiteit van de kandidaat-verzekerde vaststellen door middel van inzage in een geldig legitimatiebewijs. De gegevens uit het legitimatiebewijs gelieve te noteren boven vraag 27.

Bloedonderzoek op HIV

Het bloedonderzoek bestaat o.a. uit een test op HIV-antistoffen. Wilt u kandidaat-verzekerde hierover informeren? Hierbij dient speciaal gewezen te worden op de aard van de HIV-test.

Akkoordverklaring bloedonderzoek

Wilt u kandidaat-verzekerde voor deze procedure toestemming vragen door het anamnestic deel van dit keuringsformulier, waarin bedoelde akkoordverklaring is opgenomen, te laten ondertekenen?

Machtiging voor informatie bij de behandelend arts

Zonodig kan meteen de machtiging onderaan de anamnese worden ingevuld die de behandelend arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over de met name genoemde aandoening(en).

Machtiging uitwisseling medische gegevens

Het is in de verzekeringswereld gebruikelijk dat te verzekeren risico's (gedeeltelijk) worden herverzekerd bij herverzekeringsmaatschappijen. Soms is het noodzakelijk dat voor dit doel de medische gegevens ter beschikking worden gesteld aan de medisch adviseur van de herverzekeringsmaatschappij. Met de ondertekening van dit keuringsformulier verleent de kandidaat-verzekerde toestemming aan de medisch adviseur van DBV Verzekeringen alle, in het kader van het bovenstaande, noodzakelijke medische gegevens ter beschikking te stellen aan de medisch adviseur van de herverzekeringsmaatschappij.

Toelichting

l. (kinder-)verlamming, toevallen, duizelingen, flauwtes, hyperventilatie, hoofdpijnen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
m. bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
n. huidaandoeningen, eczeem, allergie, fistels;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
o. trombose, spataderen, dikke voeten 's avonds, open benen, kuitpijn bij het lopen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
p. tropische ziekten;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
q. enige aandoeningen, ziekten of gebreken, hier niet genoemd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
3. Wordt u thans nog behandeld? Door wie? Waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
4. Staat u thans nog onder controle? Van wie? Waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
5. Voelt u zich opgewassen tegen de 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. a. Beoefent u enige vorm van sport? Zo ja, welke, sinds wanneer en hoe vaak?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
b. Bent u goed bestand tegen flinke inspanningen? (traplopen, sport enz.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
8. a. Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest? Welke? Wanneer? Hoelang? Invaliditeitsuitkering?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
b. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
9. Wanneer hebt u het laatst een arts geraadpleegd? Waarvoor?		
10. Wie is uw huisarts? Sinds wanneer?		
11. Bent u wel eens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie, chiropraxie, acupunctuur, manueeltherapie)? Wie? Waar? Wanneer en waarvoor? Staat u thans nog onder behandeling?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
12. a. Bent u wel eens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen, verpleegd of behandeld? Waar? Wanneer? Waarvoor? Hoe lang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
b. Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, in welk land en wanneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
13. Hebt u ooit een ongevalsletsel van enige betekenis gehad? Wanneer? Wat waren de gevolgen? Volledig hersteld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
14. Hebt u ooit een operatie ondergaan? Wanneer? Waarvoor? Door wie behandeld?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
15. Hebt u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen? Wanneer, hoe lang en waarvoor? Houdt u thans dieet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
16. Gebruikt(e) u geneesmiddelen? Welke? In welke dosis? Wanneer? Waarvoor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
17. Is er röntgen-, echografisch-, en of ECG onderzoek (hartfilmpje) bij u gedaan? Waarvan? Wanneer? Wat was de uitslag? Bent u ooit bestraald?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
18. Hebt u wel eens een periodiek geneeskundig onderzoek of check-up ondergaan? Wanneer? Resultaat?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	

Toelichting

19. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op suikerziekte, hepatitis (geelzucht), seksueel overdraagbare aandoeningen, zoals syfilis of aids, nierziekte? Waaronder, wanneer, waarop en met welk resultaat? ja nee
-
20. Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting? De urinelozing?
-
21. Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)
 Rookt(e) u? Zo ja, hoeveel per dag? Sinds welke leeftijd? ja nee
 Gebruikt(e) u alcohol? Zo ja, welke dranken? Hoeveel per dag? ja nee
 Gebruikt(e) u drugs? Zo ja, welke? Wanneer? ja nee
-
22. Bent u ooit afgekeurd, bijvoorbeeld voor een betrekking, bepaalde sportbeoefening of voor de bloedtransfusiedienst? Zo ja, waarom en wanneer? ja nee
 Voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd? ja nee
 Verzekering steeds tot stand gekomen? ja nee
 Steeds aangenomen op de normale voorwaarden? ja nee
 Of tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen? ja nee
 Zo ja, wanneer en bij welke maatschappij?
-
23. *Alleen voor vrouwen*
 Verloopt de menstruatie normaal? ja nee
 Lijdt u aan gynaecologische aandoeningen? ja nee
 Is er sprake van regelmatig ziekteverzuim veroorzaakt door het bovenstaande? ja nee
 Indien u zwanger bent, sinds wanneer?
 Hoe verliepen eventuele vorige zwangerschappen en bevallingen?
-
24. Zijn er nog omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraft thans of in het verleden die bij beantwoording van bovenstaande vragen niet werden vermeld? Zo ja, welke? ja nee
-
25. a. Ik, ondergetekende, verklaar, dat de antwoorden op gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld. Ik ben er van bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan.
 Wijzigingen in mijn gezondheidstoestand na het invullen van bovenstaande verklaringen totdat de definitieve risicodekking voor de maatschappij ingaat, zal ik onverwijld aan de maatschappij melden.
- b. Ik machtig hierbij de huisarts/specialist _____ te _____ adres _____ die mij in (jaartal) _____ behandeld heeft aan de medisch adviseur van DBV Verzekeringen inlichtingen te verschaffen over de volgende aandoening(en):

- c. Ik machtig de medisch adviseur van DBV Verzekeringen in het kader van mogelijke herverzekering van het risico, alle noodzakelijke medische informatie in dit kader te verstrekken aan de medisch adviseur van de herverzekeringsmaatschappij.
- d. *(Niet van toepassing indien voor de gevraagde verzekering geen bloedonderzoek noodzakelijk is.)*
 Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, dat o.a. bestaat uit een test op antistoffen tegen het AIDS-virus (HIV-test).
- e. Ik wens een eventueel afwijkende uitslag van de HIV-test niet te vernemen
 zelf te vernemen
 via een vertrouwensarts te vernemen

Huisarts of vertrouwensarts die moet worden ingelicht bij afwijkende uitslag

Naam _____

Adres _____ Woonplaats _____

Getekend in de tegenwoordigheid van de keurend arts te _____ datum _____

Handtekening keurend arts

Naam en handtekening kandidaat-verzekerde

Wilt u bij het lichamelijk onderzoek met name ook aandacht schenken aan de positieve bevindingen uit de anamnese?

Geneeskundig rapport over de heer/mevrouw _____ Geboren _____

Afgegeven door dr _____ te _____ op _____ te _____ uur

Legitimatie

De kandidaat is verplicht zich tegenover u te legitimeren.

Soort legitimatie _____ Nummer _____

Is deze kandidaat u bekend? ja nee Zo ja, in welke hoedanigheid? _____

27. Gewicht (zonder kleren) _____ kg Lengte (zonder schoenen) _____ cm

Laatste jaar toegenomen _____ kg Buikomvang over de navel _____ cm

Laatste jaar afgenomen _____ kg

28. Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat? Welke afkomst (Westeuropees, Chinees enz.)? _____

29. Hoe is de psychische gesteldheid? (Depressief, manisch, gespannen, nerveus enz.) _____

30. Zijn er afwijkingen aan de huid, lymfeklieren, schildklier, mammae? _____

31. Zijn er afwijkingen van de rug en wervelkolom? (Kyfose, lordose, scoliose? Spiertonus? Functie? Klop- of schokpijn? Lasègue? enz.) _____

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

33. Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? Pees-, buik- en voetzoolreflexen? Zijn deze symmetrisch? Path. reflexen? Tremoren? Hoe is de evenwichtszin? _____

34. Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.) of oren (otorrhoe)? Hoe is het gezichtsvermogen? Zonder correctie rechter oog _____ linker oog _____

Met correctie rechter oog _____ linker oog _____

Welke correctie rechter oog _____ linker oog _____

Hoe is het gehoor bij fluisterstem op 4 meter? rechter oor _____ linker oor _____

35. Zijn er afwijkingen aan de mond, neus, keel, stem of spraak? Hoe is de toestand van het gebit? _____

36. Hart en bloedvaten

a. Hoe is de pols? (Kwaliteit? Frequentie?) Frequentie _____ Regulaire en equaal? _____

b. Hoe is de bloeddruk? Wilt u indien de tensie te hoog is, deze op een voor kandidaat rustig moment, bijvoorbeeld 's morgens, nog eens opnemen? 1e meting _____ 2e meting _____

c. Waar is de hartstoot te voelen? Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding? _____ Intercost. ruimte _____ cm binnen/op/buiten medioclav. lijn

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

e. Zijn de been- en voetarteriën normaal palpabel? _____

f. Veranderingen aan de venae (varices)? Zo ja, de aard, plaats en toestand van de huid. _____

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

37. Borstkas en longen

a. Hoe is de vorm en de beweeglijkheid van de borstkas? (symmetrisch, ruim beweeglijk?) _____

b. Hoe is de percussie en beweeglijkheid van de longgrenzen? _____

c. Hoe is de auscultatie? Verlengd exspirium? _____

d. Vindt u tekenen van emfyseem? (Indien er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling enz. dan graag beschrijving). _____

38. Buik en geslachtorganen

- a. Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (Lever of milt voelbaar?) _____
- b. Let bij keuring van een vrouw op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap. _____
- c. Vindt u afwijkingen aan penis, testes, epididymides? _____
- d. Zijn er afwijkingen aan of om de anus? _____

39. Urine-onderzoek

Is de urine inderdaad door kandidaat geloosd?
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?

Welke onderzoeksmethode is gebruikt?

Uitslag:

Eiwit? _____

Suiker? _____

Soortelijk gewicht? _____

Kleur? _____

Sediment? _____

40. Bloedonderzoek

Indien de HIV-test (elisa) positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test.

Uitslag:

Gamma GT _____

Cholesterol _____

HDL _____

Triglyceriden _____

HIV (elisa) _____

Glucose _____

CRP _____

41. Eindoordeel

Hebt u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken?
Acht u een verhoogde kans op invaliditeit, lichamelijk of geestelijk, of arbeidsongeschiktheid voor zijn/haar beroep, aanwezig?
Hebt u de indruk, dat de vragen over de voorgeschiedenis volledig en juist zijn beantwoord?

42. Resumé (met name ten aanzien van eventuele discrepantie tussen anamnese en onderzoek)

Dringend verzoek aan de geneeskundige, zich noch tegenover kandidaat, noch tegenover de tussenpersoon uit te laten over de voorwaarden waarop de verzekering tot stand kan komen.

(Hier niet schrijven)

Verslag gelezen

Medisch adviseur

d. d. _____

Bovenstaand onderzoek had plaats:

datum _____ tijd _____

Stempel en handtekening van de keurend arts.

d.d. _____

Giro/bankrekeningnummer _____

Ten name van _____ te _____

Het honorarium is conform tariefafpraak met het COTG.