



Keuringsformulier **Medisch geheim**

Voor informatie met betrekking tot deze keuring kunt u contact opnemen met de medische dienst van AXA Zorg N.V.

Dit keuringsformulier is bestemd voor een verzekering, aangevraagd bij AXA Zorg 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. en een X-thorax 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 geneeskundig 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 AXA Zorg N.V. alle, in het kader van het bovenstaande, noodzakelijke medische gegevens ter beschikking te stellen aan de medisch adviseur van de herverzekeringsmaatschappij.

Formulier voor geneeskundig onderzoek

Verklaring van de kandidaat

S.v.p. geen strepen als antwoord.

Naam en voornamen _____

Beroep _____ Sedert wanneer? _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden? _____

Adres _____

Hoeveel uren per week werkt u? _____

Postcode en woonplaats _____

Wie is/wordt uw werkgever? _____

Telefoon _____

Sedert/vanaf _____

Geboorteplaats _____

Leeftijd _____ jaar Man Vrouw

Geboortedatum _____

Familiegeschiedenis (zo nauwkeurig mogelijk invullen)

In leven

Overleden

Leeftijd

Gezondheidstoestand

Leeftijd bij
overlijden

Doodsoorzaak

(eigen) Vader _____

(eigen) Moeder _____

Echtgeno(o)t(e)/partner _____

Aantal broers _____

Aantal zusters _____

Aantal kinderen _____

Komen of kwamen in de naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, andere kwaadaardige gezwellen, suikerziekte, beroerte, hart- en vaatziekten; zenuw- en zielsziekten, tuberculose, hoge bloeddruk, ruggemergziekten, gewrichtsreuma, spierziekten, toevallen, drankzucht of zelfmoord? Zo ja, bij wie en wat?

Anamnese

(Door keurend arts op te nemen)

Wilt u, waar nodig de anamnese uitdiepen?

Toelichting

(Welke ziekte, wanneer, hoelang?)

Door wie behandeld? Geopereerd? Röntgenfoto's? Arbeidsongeschikt geweest?)

1. a. Voelt u zich meestal gezond? ja nee
b. Bent u vrij van lichaamsgebreken? ja nee

2. Lijdt u of hebt u ooit geleden aan of gebruikt u of hebt u ooit medicijnen gebruikt tegen:
a. aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel; ja nee
b. tuberculose, pleuritis, asthma, bronchitis, hoesten, opgeven, 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, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterol; ja nee
f. aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever (geelzucht); ja nee
g. aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas of geslachtsorganen; ja nee
h. suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine; ja nee

i. aandoeningen van ledematen of gewrichten, heup, benen, knieën, enkels, voeten, schouders, armen, ellebogen, polsen, handen, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen; ja nee
j. neklachten, rugklachten, spit, hernia, ischias, reumatiek, tennisarm, kromme rug; ja nee
k. overwerktheid, overspanning, overbelasting, zwaarmoedigheid, zenuwziekte of andere bezwaren van het zenuwstelsel; ja nee

l. (kinder-) verlamming, toevallen, duizelingen, flauwtes, hyperventilatie, hoofdpijnen; m. bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten; n. huidaandoeningen, eczeem, allergie, fistels; o. trombose, spataderen, dikke voeten 's avonds, open benen, kuitpijn bij het lopen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
p. tropische ziekten; q. enige aandoeningen, ziekten of gebreken, hier niet genoemd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <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. Bent u goed bestand tegen flinke inspanningen? (trappen klimmen, 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? b. Bent u thans geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <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?	<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? b. Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? Zo ja, in welk land en wanneer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <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 röntgenonderzoek bij u gedaan? Waarvan? Wanneer? Hoe 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	

19. Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op suikerziekte, hepatitis (geelzucht), sexueel overdraagbare aandoeningen, zoals syfilis of aids, nierziekte? ja nee
 Waarom, wanneer, waarop en met welk resultaat?

20. Hoe is de slaap? De eetlust? De ontlasting?
 De urinelozing?

21. Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)
 Rookt(e) u? Hoeveel per dag? Sedert welke leeftijd? ja nee
 Gebruikt(e) u alcohol? Welke dranken? ja nee
 Hoeveel per dag?
 Gebruikt(e) u drugs? Welke? Wanneer? ja nee

22. Militaire dienst geheel vervuld? ja nee
 Zo nee, waarom niet?
 Afgekeurd voor of tijdens militaire dienst? ja nee
 Zo ja, waarvoor?

23. Bent u ooit afgekeurd, bijvoorbeeld voor een betrekking, bepaalde sportbeoefening of voor de bloedtransfusiedienst? ja nee
 Zo ja, waarom en wanneer?
 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?

24. *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 zwangerschap bestaat, sedert wanneer? ja nee
 Hoe verliepen eventuele vorige zwangerschappen en bevallingen?

25. 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

26. 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 arts _____ die mij in het jaar _____ behandeld heeft aan de medisch adviseur van AXA Zorg N.V. inlichtingen te verschaffen over de volgende aandoening(en):

c. Ik machtig de medisch adviseur van AXA Zorg N.V. 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 _____ d.d. _____

Handtekening keurend arts

Handtekening kandidaat

Algemeen onderzoek

Geneeskundig rapport over de heer/mevrouw _____ Geboren _____

Afgegeven door dr. _____ te _____ d.d. _____ 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 Borstomvang bij maximale inspiratie _____ cm

Laatste jaar toegenomen _____ kg Borstomvang bij maximale expiratie _____ cm

Laatste jaar afgenomen _____ kg Buikomvang over de navel _____ cm

Lengte (zonder schoenen) _____ cm Halsomvang _____ cm

28. Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat?

Welke afkomst (Westeuropes, Chinees enz.)? _____

29. Hoe is de psychische gesteldheid?

(Depressief, manisch, gespannen, nerveus enz) _____

30. Zijn er afwijkingen aan de huid, lymphklieren,

schildklier, mammae? _____

31. Afwijking van de rug en wervelkolom? (Kyphose, lordose,

scoliose? Spiertonus? Functie? Klop- of schokpijn?

Lasègue? enz.) _____

32. Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen

aan romp, ledematen of gewrichten? (Atrophie, 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. 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? (Kwaliteiten? Frequentie?)

Frequentie _____ Regulier en eequal? _____

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? Diastole is bij verdwijnen/zachter worden van de tonen opgegeven.

1^e meting _____ 2^e 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 emphyseem? (Indien er een hoestprikkel is,

heesheid, versnelde ademhaling enz. dan graag beschrijving).

