

## Medische keuring Vragenformulier

REAAAL UNIM AOV       REAAAL UNIM AOV voor Werknemers       REAAAL Ondernemers AOV

### 1 Verzekerde

Naam \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Geslacht       Man       Vrouw      Geboortedatum \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat       Alleenstaand       Ongehuwd samenwonend       Gehuwd       Geregistreerd partner

Burgerservicenummer \_\_\_\_\_

Beroep (altijd invullen) \_\_\_\_\_

Wie is/wordt uw werkgever \_\_\_\_\_

### Belangrijk: toelichting

Bij dit keuringsformulier is een toelichting toegevoegd. Het is belangrijk deze goed te lezen voordat u de vragen beantwoordt. Met nadruk wijzen wij u erop dat u alle vragen volledig moet beantwoorden. Ook informatie die bij een eerdere gelegenheid is gegeven, moet u opnieuw vermelden.

### 2 Huisarts

Naam \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Sinds \_\_\_\_\_

### 3 Uw familiegeschiedenis

	In leven Leeftijd	Gezondheid	Overleden Op leeftijd	Doodsoorzaak
--	----------------------	------------	--------------------------	--------------

(Eigen) vader \_\_\_\_\_

(Eigen) moeder \_\_\_\_\_

Partner \_\_\_\_\_

Broers, aantal \_\_\_\_\_

Zussen, aantal \_\_\_\_\_

Kinderen, aantal \_\_\_\_\_

Komen of kwamen in uw naaste familie gevallen voor van: erfelijke ziekten, cystenieren, hart- of vaatziekte, zenuw- of zielsziekten, spierziekten of zelfmoord

Nee       Ja, bij wie

### 4 Vragen

Bij elke ziekte of klacht vermelden: wanneer, hoe lang niet gewerkt en de behandeling.

1 Hebt u nu of in het verleden last (gehad) van:

a aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel       Nee       Ja, namelijk

b draagt u een bril of contactlenzen       Nee       Ja

Zo ja, welke sterkte en sinds wanneer

c pleuritis, astma, bronchitis, hoesten of andere longaandoeningen       Nee       Ja, namelijk

d	ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
e	hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
f	suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterol	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
g	aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
h	aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
i	suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
j	aandoeningen en/of klachten van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
k	klachten en/of pijn van nek en/of rug, spit, hernia, ischias, kromme rug	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
l	overwerktheid, overspanning, depressie of andere psychische aandoeningen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
m	verlamming, toevallen, duizelingen, flauwte, hyperventilatie, hoofdpijnen, hersenaandoeningen, neurologische aandoeningen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
n	bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
o	huidaandoeningen, allergie, fistels, eczeem	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
p	trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij het lopen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
q	tropische ziekten	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
r	goed- of kwaadaardige gezwellen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
s	enige aandoening, ziekte of gebrek, welke u niet onder kunt brengen in voorgaande vragen	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk
2	Wordt u op het moment behandeld	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	Door wie	_____	
	Waarvoor	_____	
3	Staat u op het moment onder controle	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	Van wie	_____	
	Waarvoor	_____	
4	Voelt u zich opgewassen tegen de eisen die uw beroep aan u stelt	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	Zo nee, waarom niet	_____	
5	Bent u in het verleden om gezondheidsredenen van beroep veranderd of minder gaan werken	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	Zo ja, waarom	_____	
6 a	Bent u goed bestand tegen lichamelijke en/of geestelijke inspanning	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja
	Zo nee, graag toelichten:	_____	
		_____	

<p>b Doet u aan sport</p> <p>Hoe vaak per week</p> <p>Aantal uur per week</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja, namelijk</p> <hr/> <hr/>
<p>7 a Bent u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt geweest</p> <p>Zo ja, waardoor, wanneer, hoe lang</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>b Bent u op het moment volledig arbeidsgeschikt</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p>
<p>8 Hebt u in het verleden uw huisarts bezocht</p> <p>Zo ja, wanneer, waarvoor</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>9 Hebt u in het verleden een specialist bezocht</p> <p>Zo ja, wie, wanneer, waarvoor</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>10 Hebt u weleens een vorm van therapie gehad en/of gevolgd voor een lichamelijke en/of geestelijke klacht</p> <p>Zo ja, welke, wanneer, hoe lang</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>11 Bent u in het verleden in een ziekenhuis of inrichting opgenomen geweest</p> <p>Zo ja, wanneer, waarvoor, hoe lang</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>12 Hebt u in het verleden een medisch onderzoek gehad</p> <p>Zo ja, welk onderzoek, uitslag</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>13 a Hebt u in het verleden een ongeval gehad</p> <p>Zo ja, wanneer, wat waren de gevolgen</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>b Volledig hersteld</p> <p>Zo nee, wat zijn de klachten</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>14 Hebt u in het verleden een operatie ondergaan</p> <p>Zo ja, wanneer, waarvoor, door wie behandeld</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>15 Gebruikt(e) u geneesmiddelen</p> <p>Zo ja, welke, in welke dosis, wanneer</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>16 Is uw bloed in het verleden onderzocht (bijvoorbeeld op suikerziekte, nierziekte, cholesterol, hepatitis (geelzucht), bloedziekte)</p> <p>Zo ja, waarop, waarom, wanneer, met welk resultaat</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <hr/> <hr/>
<p>17 a Hebt u Aids</p> <p>b Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief)</p> <p>c Hebt u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan</p>	<p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p> <p><input type="checkbox"/> Nee                      <input type="checkbox"/> Ja</p>

<p>Zo ja, wanneer en in welk land</p> <p>d Gebruikt(e) u in de afgelopen vijf jaar intraveneus drugs</p> <p>Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt</p> <p>e Wordt u op het moment, of bent u de afgelopen periode van vijf jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening</p> <p>Zo ja, welke, sinds wanneer</p>	<hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/>
<p>18 Gewoonten (nu, maar ook in het verleden)</p> <p>a Rookt(e) u</p> <p>Zo ja, hoeveel per dag, sinds welke leeftijd</p> <p>Gestopt</p> <p>Sinds wanneer</p> <p>b Gebruikt(e) u alcohol</p> <p>Zo ja, welke dranken, hoeveel per dag</p> <p>c Gebruikt(e) u drugs</p> <p>Zo ja, welke, sinds wanneer</p>	<hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/>
<p>19 a Bent u wel eens afgekeurd voor een baan of bijvoorbeeld militaire dienst</p> <p>Zo ja, waarom</p> <p>b Voor enige levens-, ziektekosten-, of arbeidsongeschiktheidsverzekeringsmaatschappij onderzocht</p> <p>Is de verzekering steeds tot stand gekomen</p> <p>Zo nee, waarom niet</p> <p>Tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen</p> <p>Zo ja, welke</p>	<hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/> <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <hr/>

**5 Toelichting** (Als u bij de vragen ruimte te kort komt, kunt u deze hier of op een aparte bijlage verder toelichten)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**6 Ondertekening**

**Verwerking Persoonsgegevens**

De op dit formulier ingevulde persoonsgegevens en de eventueel nader te overleggen persoonsgegevens kunnen door AXA Schade N.V., respectievelijk een andere tot SNS REAAL N.V. behorende rechtspersoon, worden verwerkt in een persoonsregistratie. Op de verwerking van de persoonsgegevens is de Gedragscode “Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen” van toepassing. De volledige tekst van de gedragscode kunt u raadplegen via de website van het Verbond van Verzekeraars [www.verzekeraars.nl](http://www.verzekeraars.nl). Tevens kunnen alle verstrekte gegevens worden verwerkt in de databank van de Stichting Centraal Informatie Systeem van in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op de registratie van toepassing ([www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl)).

**AXA Schade N.V.**  
 (Een groepsmaatschappij van REAAL Verzekeringen N.V.)  
 Graadt van Roggenweg 500  
 Postbus 30810  
 3503 AR Utrecht  
 Telefoon 030- 219 70 00  
 Fax 030 - 219 70 01  
 Handelsregister Utrecht nummer 30136006

De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, de verzekeraar de verzekering zou willen sluiten, afhankelijk of kan afhangen. Voorzover deze verzekering het risico van een de verzekeringnemer bekende derde, die de leeftijd van 16 jaren heeft bereikt, betreft, dan omvat de mededelingsplicht mede de derde betreffende feiten die deze derde kent of behoort te kennen, en waarvan deze weet of behoort te begrijpen de beslissing van de verzekeraar afhankelijk of kan afhangen. De verzekeringnemer of de hiervoor bedoelde derde, kan zich er niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten kent of behoort te kennen indien een daarop gerichte vraag niet, onjuist of onvolledig is beantwoord.

Datum \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bij minderjarigheid van de verzekerde moet een ouder/voogd tekenen.

Ondergetekende verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de bij dit formulier behorende Toelichting, dat de antwoorden op bovenstaande vragen en de eventueel bijgevoegde bijlage(n) door hem/haar zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld, dat hij/zij zich ervan bewust is dat een onjuistheid of onvolledigheid in dit vragenformulier kan leiden tot verval van de rechten uit de overeenkomst en dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde levens- en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering(en).

De verzekerde (bij minderjarigheid ouder/voogd) is verplicht om wijzigingen in de gezondheidstoestand van de verzekerde, opgetreden na ondertekening van dit formulier, maar vóór afgifte van de polis, direct en schriftelijk aan AXA Schade N.V. te melden.

Plaats \_\_\_\_\_



## Medische keuring Toelichting

### 1 Doel van de keuring

Het doel van de keuring is de geneeskundig adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te adviseren of en op welke voorwaarden de aangevraagde verzekering door de verzekeraar kan worden geaccepteerd. Het is dan ook zeer belangrijk dat uw antwoorden juist en volledig zijn, en dat dus ook ogenschijnlijk onbelangrijke klachten en medische consulten worden vermeld, ook als geen medische behandeling volgde of geen afwijkingen werden geconstateerd. Na de keuring zal de keurend arts een objectief verslag verzenden aan de geneeskundig adviseur van AXA Schade N.V.

### 2 Kosten

De kosten van deze keuring komen in principe voor onze rekening, tenzij de verzekeringsaanvraag door u wordt geannuleerd ondanks een acceptatiebevestiging op normale voorwaarden van ons.

### 3 Voor informatie inzake het medisch advies

Het advies van de geneeskundig adviseur kan inhouden dat de verzekering op normale voorwaarden of alleen op bijzondere voorwaarden of in het geheel niet kan worden geaccepteerd. U kunt als eerste geïnformeerd worden over het advies dat de geneeskundig adviseur van plan is uit te brengen. U kunt beslissen of de geneeskundig adviseur zijn advies aan de verzekeraar mag uitbrengen. Een verbod tot uitbrengen van dit advies aan de verzekeraar heeft tot gevolg dat de verzekering niet tot stand komt.

Een verzoek om als eerste te worden geïnformeerd is alleen zinvol als de geneeskundig adviseur van plan is te adviseren de verzekering tegen een hogere premie of afwijkende voorwaarden te sluiten. Als u in de laatste twee situaties als eerste op de hoogte wil worden gesteld, moet u een schriftelijk verzoek daartoe rechtstreeks tot de geneeskundig adviseur van de verzekeraar richten.

### 4 Bloedonderzoek

Met betrekking tot het bloedonderzoek is de keurend arts via een brief geïnformeerd over de inhoud van dit bloedonderzoek. Als u meer wilt weten over de inhoud, kunt u zich wenden tot de keurend arts. Tot slot wijzen wij u op uw rechten in het kader van de WGBO.

### 5 Overig

Voor aanvullende informatie verwijzen wij u naar de brochure 'U moet worden gekeurd! En nu?' op [www.verbondvanverzekeraars.nl](http://www.verbondvanverzekeraars.nl) onder de rubriek Publicaties.





## Medische keuring Akkoordverklaring bloedonderzoek

### 1 Verzekerde

Naam \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Woonplaats \_\_\_\_\_

Geslacht  Man  Vrouw Geboortedatum \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat  Alleenstaand  Ongehuwd samenwonend  Gehuwd  Geregistreerd partner

Telefoon \_\_\_\_\_

### 2 Huisarts/vertrouwensarts

Naam \_\_\_\_\_ Voorletter(s) \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Vestigingsplaats \_\_\_\_\_

Geslacht  Man  Vrouw Telefoon \_\_\_\_\_

### 3 Akkoordverklaring

In verband met het indienen van een aanvraag voor een levens- en/of arbeidsongeschiktheidsverzekering waarbij het totale overlijdensrisico van de aangevraagde verzekering(en) en de eventueel (elders) lopende verzekering(en) € 300.001,- of meer bedraagt en/of een aanvullende arbeidsongeschiktheidsverzekering (premiërijstelling/ arbeidsongeschiktheidsrente) wordt aangevraagd met een arbeidsongeschiktheidsrisico van € 32.000,- of meer voor het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid en/of € 22.000,- of meer voor het tweede en/of de volgende jaren van arbeidsongeschiktheid, is het noodzakelijk uw bloed te onderzoeken. Het bloedonderzoek bestaat uit onder andere een test op HIV-antistoffen. Als de test op HIV-antistoffen positief is, wordt de uitslag via uw huisarts of een door u aangewezen vertrouwensarts aan u bekend gemaakt.

Graag verzoeken wij u, door uw handtekening te zetten, akkoord te gaan met dit onderzoek en de procedure.

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Bij minderjarigheid van de verzekerde moet een ouder/voogd tekenen.



## Medische keuring Onderzoek keurend arts

### Let op: bestemd voor de keurend arts

Door levensverzekeringsmaatschappijen in Nederland mag voor een verzekering met een overlijdensrisico van € 160.000,- of meer en/of een (aanvullende) arbeidsongeschiktheids-uitkering (premiërijstelling/arbeitsongeschiktheidsrente) met een arbeidsongeschiktheidsrisico van € 32.000,- of meer voor het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid en/of € 22.000,- of meer voor het tweede en/of de volgende jaren van arbeidsongeschiktheid een aanvullend bloedonderzoek worden verlangd. Standaard wordt gevraagd om een test op HIV-antistoffen. De verzekeraar hanteert een grens van € 300.001,- in plaats van de hierboven genoemde € 160.000,-.

De keurend arts moet de kandidaat hierover informeren, waarbij speciaal gewezen moet worden op de aard van de test op HIV-antistoffen en de mogelijkheid van de vals-positieve uitslag.

Aan alle laboratoria in Nederland is verzocht een herhaald positieve Elisa-test in alle gevallen te laten bevestigen door een Western-Blottest, uit te voeren door het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam. De uitslag van het bloedonderzoek wordt door het laboratorium schriftelijk meegedeeld aan de geneeskundig adviseur van de maatschappij. Deze zal bij afwijkende waarden de huisarts of een door de betrokkene genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijk wordt aan de kandidaat gevraagd met de huisarts of vertrouwensarts contact op te nemen. De keurend arts vraagt de kandidaat voor deze procedure toestemming door ondertekening van het daarvoor bestemde formulier.

### 1 Gegevens verzekerde

Naam kandidaat verzekerde \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Tijd \_\_\_\_\_ uur

Legitimatie \_\_\_\_\_ Is deze kandidaat u bekend  Nee  Ja

### 2 Lengte en gewicht

a Wat is de lengte in centimeters (zonder schoenen) \_\_\_\_\_ cm

b Wat is het gewicht in kilo's (zonder kleren) \_\_\_\_\_ kg

Is dit het laatste jaar toegenomen  Nee  Ja Zo ja, hoeveel \_\_\_\_\_

Is dit het laatste jaar afgenomen  Nee  Ja Zo ja, hoeveel \_\_\_\_\_

### 3 Algemene indruk

Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 4 Huid, lymfklieren, schildklier en mammae

Zijn er afwijkingen aan de huid, de lymfklieren, de schildklier of de mammae  Nee  Ja, namelijk  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5 Rug en wervelkolom

Zijn er afwijkingen van de rug en wervelkolom (kyphose, lordose, scoliose, spiertonus, functie, klopp- of schokpijn, Lasègue, enzovoort)  Nee  Ja, namelijk  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6 Romp, ledematen en gewrichten**

Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen enzovoort)

Nee

Ja, namelijk

---

---

---

**7 Zenuwstelsel**

Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel, zijn pees-, buik-, en voetzoolreflexen symmetrisch, pathologische reflexen, tremoren, hoe is de evenwichtszin

---

---

---

**8 Ogen en oren**

Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enzovoort) of oren (otorrhoe)

Nee

Ja, namelijk

---

---

---

Hoe is het gezichtsvermogen zonder correctie

rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Hoe is het gezichtsvermogen met correctie

rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Wat is de correctie

rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Hoe is het gehoor (fluissterstem)

rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

**9 Mond, keel, stem en spraak**

Zijn er afwijkingen van mond, neus, keel, stem of spraak

Nee

Ja, namelijk

---

---

Hoe is de toestand van het gebit

**10 Hart en bloedvaten**

a Hoe is de pols (kwaliteiten, frequentie)

---

---

b Hoe is de bloeddruk

Wilt u, als de tensie te hoog is, deze op een voor de kandidaat rustig moment nog eens opnemen

Eerste bepaling                      Tweede bepaling                      Derde bepaling

Systolisch

---

---

Diastolisch

---

---

c Welke afwijkingen vindt u bij auscultatie van het hart (omschrijving van geruis)

---

---

d Welke afwijkingen vindt u aan buik-, been- of voetarteriën

---

---

e Zijn er varices zichtbaar

Nee

Ja

Zo ja, wat is de aard, plaats en toestand van de huid

---

---

**11 Borstkas en longen**

a Hoe beschrijft u de vorm en beweeglijkheid van de borstkast (symmetrisch, ruim beweeglijk)

---

---

---

b Hoe is de percussie en de beweeglijkheid van de longgrenzen

---

---

---

c Hoe is de auscultatie, verlengd expirium

---

---

---

d Vindt u tekenen van emfyseem (als er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling enzovoort, dan graag beschrijving)

---

---

---

**12 Buik**

Welke afwijkingen vindt u aan buikwand of buikinhoud (lever of milt voelbaar)

---

---

---

**13 Urine-onderzoek**

Welke onderzoeksmethode gebruikt u

---

Is de urine inderdaad door kandidaat geloosd  
Wilt u het urinesediment onderzoeken, vooral wanneer de urine eiwit bevat, troebel is, de bloeddruk verhoogd is of iets in de anamnese daartoe aanleiding geeft

Nee  Ja

Eiwit

---

Suiker

---

Soortelijk gewicht

---

Kleur

---

Sediment

---

**14 Samenvatting (in te vullen door de keurend arts)**

Samenvatting anamnese en lichamelijk onderzoek en toelichting

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**15 Ondertekening keurend arts**

U kunt 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.

Datum \_\_\_\_\_ Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening keurend arts \_\_\_\_\_

**16 Gegevens keurend arts**

Naam \_\_\_\_\_

(Post)bankrekeningnummer \_\_\_\_\_

Ten name van \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Honorarium is conform tarieven CTG.



