

Keuringsformulier levensverzekering

Medisch geheim

Polisnummer _____

a.s.r.
de nederlandse
verzekerings
maatschappij
voor alle
verzekeringen

ASR Levensverzekering N.V.

Archimedeslaan 10, 3584 BA Utrecht
Telefoon (030) 257 91 11
Fax (030) 257 83 23
KvK 30000347

Verklaringen van de te verzekeren persoon

Naam en voornamen	_____	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw
Geboren	_____		
Leeftijd	_____		
Adres	_____		
Postcode en Woonplaats	_____		
Gehuwd of ongehuwd, weduwnaar (weduwe) of gescheiden?	_____		
Indien gehuwd enz. sedert wanneer?	_____		
Beroep (vorige beroep)	_____		
Werkzaam bij	_____		
Aard van de werkzaamheden	_____		
Wordt handenarbeid verricht?	_____		

Familiegeschiedenis (zo nauwkeurig mogelijk invullen)

	In leven		Overleden	
	leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	doodsoorzaak
Vader	_____	_____	_____	_____
Moeder	_____	_____	_____	_____
Echtgenoot/echtgenote	_____	_____	_____	_____
Broers, aantal	_____	_____	_____	_____
Zusters, aantal	_____	_____	_____	_____
Kinderen, aantal	_____	_____	_____	_____

Komen of kwamen in uw naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van: kanker, suikerziekte, maagzweer, beroerte, oog-, oor-, nier-, hart- en vaat-ziekten, t.b.c., ruggemergziekten, zenuw- en zielsziekten, toevallen, drankzucht of zelfmoord?

Zo ja, bij wie? _____

Anamnese (door de keurend arts op te nemen)

Toelichting (wanneer? hoe lang? door wie behandeld? geopereerd? röntgenfoto's? **Arbeidsongeslacht geweest? zo ja, hoe lang?**) _____

1	Bent u thans gezond en is uw gezondheid gewoonlijk ongestoord	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
2	Lijdt of leed u aan of had u klachten ter zake van:		
a	aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
b	t.b.c., pleuritis, astma, bronchitis, langdurig hoesten;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
c	ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
d	hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
e	sulkerziekte, schildklieraandoening, jicht, verhoogd cholesterol;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
f	aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
g	aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas en geslachtsorganen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
h	suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
i	aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
j	rugklachten, spit, 'hernia', ischias, tennisarm, kromme rug;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
k	zenuwachtigheid, overwerktheid, overspanning, zenuwziekte;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
l	(kinder-)verlamming, toevallen, flauwtes, duizelingen, hoofdpijnen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
m	bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
n	huidaandoeningen, overgevoeligheid voor bepaalde stoffen, fistels;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
o	trombose, spataderen, open been, kuitpijn bij lopen;	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____
p	enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	_____

Toelichting (wanneer? hoe lang? door wie behandeld? geopereerd? röntgenfoto's? **Arbeidsongeschikt geweest? zo ja, hoe lang?**) _____

- 3 Wordt u thans nog behandeld? Door wie? Waarvoor? ja nee _____
- 4 Staat u thans nog onder controle? Van wie? Waarvoor? ja nee _____
- 5 Bent u goed bestand tegen de eisen die uw beroep, uw gezin en 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? ja nee _____
- Doet u aan sport? Zo ja, welke en in welke mate? ja nee _____
- 8 Hebt u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest? Welke? Wanneer? Hoe lang? ja nee _____
- 9 Wanneer hebt u het laatst een arts geraadpleegd? Waarvoor? Was behandeling nodig? Zo ja, waaruit bestond de behandeling? ja nee _____
- 10 Wie is uw huisarts? Sinds wanneer? _____
- 11 Hebt u wel eens specialisten geraadpleegd? Wie? Waar? Wanneer en waarvoor? ja nee _____
- 12 Bent u wel eens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting verpleegd geweest? Wanneer? Waarvoor? Hoe lang? ja nee _____
- 13 Hebt u ooit een ongeval gehad? Wanneer? Wat waren de gevolgen? Volledig hersteld? ja nee _____
- 14 Hebt u ooit een operatie ondergaan? Wanneer? Waarvoor? Door wie behandeld? ja nee _____
- 15 Zijn er röntgenfoto's van u gemaakt? Waarvan? Wanneer? Hoe was de uitslag? Bent u ooit bestraald? ja nee _____
- 16 Hebt u aan een bevolkings-/bedrijfsonderzoek deelgenomen? Hart? Longen? Daarbij voor een nader onderzoek opgeroepen? ja nee _____
- 17 Bent u in de tropen geweest? Waar? Wanneer? Hoe lang? Heeft u daar een ziekte gehad? Zo ja, welke ziekte hebt u daar gehad? ja nee _____
- 18 Gebruikt u geneesmiddelen? Waarvoor? Welke? In welke dosis? ja nee _____
- 19 Is uw bloed wel eens onderzocht, op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol), geelzucht (hepatitis A of B), seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfiis of aids? Welk resultaat? ja nee _____
- 20 Heeft u aids? of Zijn in uw bloed HIV antistoffen aangetoond (bent u HIV seropositief)? ja nee _____
- 21 Heeft u in het buitenland een bloedtransfusie ondergaan? ja nee _____
- 22 Gebruikt(e) u de afgelopen 5 jaar (intraveneus) drugs? Welke? Tot wanneer? ja nee _____
- 23 Gewoonten (thans maar ook in het verleden)
Rookt(e) u? Hoeveel per dag? Tot wanneer? ja nee _____
Gebruikt(e) u alcohol? Welke dranken? Hoeveel per dag? ja nee _____
- 24 Hoe is de slaap? de eetlust? de ontlasting? de urinelozing? _____
- 25 Afgekeurd voor betrekking of sport? ja nee _____
- 26 Heeft een verzekeringmaatschappij wel eens een verzekering op uw leven geweigerd of tegen bezwarende voorwaarden aangenomen? Hebt u nog iets mede te delen wat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang is? Zo, wat? ja nee _____
- Aleen voor vrouwen**
- 27 Is de maandelijkse periode ongestoord? ja nee _____
- 28 Hebt u een aandoening van de onderbuik? ja nee _____
- 29 Bestaat er op dit moment zwangerschap? ja nee indien ja: sinds wanneer _____
- Kunt u er mee instemmen, dat bij eventuele uitkomsten die nader onderzoek behoeven, uw huisarts of de keurende arts hierover wordt geïnformeerd? ja nee _____

Ik, ondergetekende, verklaar, dat de antwoorden op de gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld.
Ik ben er mij van bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgaven de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan.

Gatekend in mijn tegenwoordigheid

Plaats	Datum	Handtekening onderzoekende arts	Handtekening van de kandidaat

Geneeskundig onderzoek

Door _____
 te _____
 datum _____
 te _____ uur

Waarmee heeft de kandidaat zich gelegitimeerd? Paspoort Rijbewijs Europese Identiteitskaart Andere _____

Gewicht (zonder kleren) _____ kg Lengte (zonder schoenen) _____ m
 Laatste jaar toegenomen _____ kg Buikomvang over de navel _____ cm
 Laatste jaar afgenomen _____ kg

Algemeen onderzoek

- 1 Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat? _____
- 2 Hoe is de psychische gesteldheid? (depressief, manisch, gespannen, nerveus, enz.) _____
- 3 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen enz.) _____
- 4 Zijn er afwijkingen aan huid, lymfeklieren, schildklieren, mammae? _____
- 5 Afwijkingen van de rug en wervelkolom? (kyphose, lordose, scoliose, spiertonus, functie, klop- of schokpijn, lasague enz. _____
- 6 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, reflexen, tremoren, hoe is de evenwichtszin) _____
- 7 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus enz.) of oren (otonhoe)? _____
 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?
 Fluisterstem in meters rechter oor linker oor
- 8 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem, of spraak? Hoe is de toestand van het gebit? _____
- 9 Welke afkomst? (West-Europees, Chinees enz.) _____
- 10 Hart en bloedvaten

- a Hoe is de pols? (kwaliteiten, frequentie) _____
- b Hoe is de bloeddruk? _____

Wilt u, indien de tensie te hoog is, deze op een voor kandidaat rustig moment, b.v. 's morgens, nog eens opnemen?

	1e bepaling	2e bepaling	na rust	eventueel volgende ochtend	eventueel volgende ochtend na rust
systolisch	_____	_____	_____	_____	_____
diastolisch	_____	_____	_____	_____	_____

- c Waar is de hartstoot te voelen? _____ intercost.ruimte
 Is deze zichtbaar of heffend? _____ cm binnen/op/buiten med.clv. lijn
 - d Vindt u afwijkingen bij auscultatie(omschrijving van geruisen) van het hart?
 Zijn er geruisen te horen boven de grote bloedvaten? _____
 - e Zijn de been- en voetarteriën normaal palpabel? _____
 - f Veranderingen van de venae (varices)?
 Zo ja: aard _____
 Plaats _____
 Toestand v.d. huid _____
 - g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem? _____
- 11 Borstkas en longen
- a Hoe is de vorm en 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) _____
- 12 Buik en geslachtsorganen
- a Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (lever, milt of abnormale weerstand voelbaar) _____
 - b Bij keuring van een vrouw lette men op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap. _____
 - c Vindt u afwijkingen aan penis, testes, epididymen? _____
 - d Zijn er afwijkingen aan of om de anus? _____
 - e Zo nodig rectaal toucher _____

13 Urine onderzoek

- a Welke onderzoeksmethoden gebruikt?
- b Is de urine door kandidaat geloosd?
 - Kleur?
 - Helderheid?
 - Eiwit?
 - Suiker?
 - Urobiline/Bilirubine?
 - Sediment?

De volgende onderzoeken uitsluitend verrichten bij een internistenkeuring

	Uitslag	Normale waarde
1 BSE of CRP	<hr/>	<hr/>
2 Creatinine serum	<hr/>	<hr/>
3 Cholesterol serum (Nuchter)	<hr/>	<hr/>
4 HDL cholesterol serum (Nuchter)	<hr/>	<hr/>
5 LDL cholesterol serum (Nuchter)	<hr/>	<hr/>
6 Triglyceriden serum (Nuchter)	<hr/>	<hr/>
7 Glucose (Nuchter)	<hr/>	<hr/>
8 Transaminasen (ALAT, ASAT) en Serum Gamma-GT	<hr/>	<hr/>
9 Een 12 afdelingen E.C.G.	<hr/>	<hr/>
10 Inspannings E.C.G. (slechts op indicatie n.a.v. het onderzoek)	<hr/>	<hr/>
11 Thorax-foto (slechts op indicatie n.a.v. het onderzoek)	<hr/>	<hr/>

Hebt u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken?

ja nee

Hebt u de indruk dat de onderzochte vragen over zijn voorgeschiedenis volledig en juist heeft beantwoord?

ja nee

Acht u op grond van bovenstaande gegevens een aanvullend onderzoek noodzakelijk voor een juiste oordeelsvorming?

ja nee

Zo ja, welk?

Acht u op grond van de beschikbare gegevens:

De overlevingskansen

normaal niet normaal

De kans op arbeidsongeschiktheid

normaal verhoogd

Geef zo nodig uw toelichting

Oordeel Medische Adviseur

(Niet in te vullen door de keurend arts)

Sterfte

A.O.

A.R.

Naam van de keurend arts

Adres

Woonplaats

Datum

Altijd honorarium en bankrekeningnummer vermelden of nota meezenden

Honorarium

Rekeningnummer (IBAN)

Vul hier het IBAN in. Het Nederlandse IBAN-nummer is 18 posities lang, u vindt het op een bankafschrift.

Ten name van

Richten aan (onder vermelding van "Medisch Geheim"):

De Medisch adviseur ASR Levensverzekering N.V.
Antwoordnummer 271
3500 XB Utrecht