

## KEURINGSFORMULIER LEVENSVZERKERING - UITGEBREID

### Welke medische keuring is nodig

In de offerte en op onze website onder gezondheidswaarborgen (tabel met keuringsgrenzen) staat welke keuring nodig is.

- Uitgebreide keuring **met** HIV-test en uitgebreid bloedonderzoek (zie vraag 42), urine-onderzoek inclusief sediment en cotininetest in urine (zie vraag 41), een ECG (zie vraag 40) in rust.
- Uitgebreide keuring **zonder** HIV-test en **met** uitgebreid bloedonderzoek (zie vraag 42), urine-onderzoek inclusief sediment en cotininetest in urine (zie vraag 41), een ECG (zie vraag 40) in rust.

Let op! altijd cotininetest in urine als kandidaat-verzekerde zegt de afgelopen 24 maanden niet te hebben gerookt of nooit te hebben gerookt.

Als u vragen heeft over de benodigde keuring, graag contact opnemen met team Medisch Advies.

### Wilt u een uitleg krijgen van de medisch adviseur?

De medisch adviseur schat uw gezondheidsrisico in. Dat doet hij met deze keuring. Hij kan de verzekeraar adviseren om u de verzekering niet of onder afwijkende voorwaarden aan te bieden. Doet hij dat? Dan krijgt u hierover een brief van de medisch adviseur. Daarin staat uitleg over het medisch advies.

Wilt u deze brief **niet** krijgen? Kruis dat dan hier aan:

## AAN DE KEUREND ARTS

### Legitimatie:

De kandidaat-verzekerde moet zich voorafgaande aan het onderzoek (óók bij bloedonderzoek, als elders bloed wordt afgenomen) legitimeren. Scildon behoudt zich het recht voor keuringen en/of uitslagen van bloedonderzoek van een kandidaat-verzekerde die zich niet gelegitimeerd heeft te weigeren.

### Bloedonderzoek op HIV-antistoffen (indien nodig):

Als een bloedonderzoek op HIV-antistoffen nodig is, verzoeken wij u de kandidaat-verzekerde hierover te informeren. Hierbij moet speciaal gewezen worden op de aard van de HIV-test en de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aangeeft.

De medisch adviseur van Scildon zal bij afwijkende waarden de huisarts of een door betrokkene met name genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijkertijd zal aan de kandidaat-verzekerde gevraagd worden met de huisarts of vertrouwensarts contact op te nemen over de afwijkende waarden.

Wij verzoeken u kandidaat-verzekerde voor deze procedure toestemming te vragen. Door middel van het ondertekenen van de akkoordverklaring geeft kandidaat-verzekerde toestemming voor deze procedure.

### Machtiging voor informatie bij de behandelend arts:

Zo nodig kan aansluitend de bijgaande machtiging worden ingevuld, die de behandelend arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over de met name genoemde aandoening(en).

## AAN DE KANDIDAAT-VERZEKERDE

U hebt het recht van de medisch adviseur te vernemen welk advies hij voornemens is uit te brengen met betrekking tot de vraag of en zo ja de voorwaarden waaronder u kunt worden geaccepteerd. Vanzelfsprekend is gebruikmaking van dit recht alleen zinvol als de medisch adviseur van plan is te adviseren de verzekering te sluiten tegen afwijkende voorwaarden. U kunt vragen als eerste daarvan kennis te nemen teneinde te kunnen beslissen of de medisch adviseur zijn advies mag uitbrengen. Als u (als eerste) van de medisch adviseur het advies aan Scildon wilt vernemen, voor het geval de medisch adviseur voornemens is te adviseren de verzekering te sluiten tegen andere voorwaarden dan de gebruikelijke, verzoeken wij u dit schriftelijk, vergezeld van dit document, aan de medisch adviseur rechtstreeks mee te delen.

Om een goed advies te kunnen opstellen, kan het zijn dat de medisch adviseur meer over uw gezondheid wil weten dan wat u aan gegevens verstrekt in het anamnese gedeelte, zoals extra informatie van uw behandelend(e) arts(en). Dit gebeurt alleen met uw toestemming.

**GEGEVENS TUSSENPERSOON**

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| <b>Naam</b>                  | ..... |
| <b>Contactpersoon</b>        | ..... |
| <b>Adres/postcode/plaats</b> | ..... |
| <b>Relatienummer</b>         | ..... |

**VERKLARING VAN DE KANDIDAAT-VERZEKERDE (GEEN STREPEN ALS ANTWOORD)****GEGEVENS**

|                     |       |
|---------------------|-------|
| Naam                | ..... |
| Voornamen           | ..... |
| Adres               | ..... |
| Postcode            | ..... |
| Woonplaats          | ..... |
| (mobiel)telefoonnr. | ..... |
| Emailadres          | ..... |
| Geboortedatum       | ..... |
| Geboorteplaats      | ..... |

**BURGERLIJKE STAAT**

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> gehuwd, geregistreerd partnerschap, samenwonend |
| <input type="checkbox"/> ongehuwd  |
| <input type="checkbox"/> gescheiden, sinds .....                         |
| <input type="checkbox"/> weduwe/weduwnaar, sinds .....                   |

**GEGEVENS PARTNER**

|               |       |
|---------------|-------|
| Naam          | ..... |
| Geboortedatum | ..... |

**BEROEP KANDIDAAT-VERZEKERDE**

|               |       |
|---------------|-------|
| Beroep        | ..... |
| Sinds wanneer | ..... |

**Bent u zelfstandig of DGA**

|                   |  |
|-------------------|--|
| Bedrijfsnaam      | .....  |
| Vestigingsplaats  | .....  |
| Bent u directeur: | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee |
| Branche           | .....  |

Hoeveel uren werkt u gewoonlijk per week: ..... uur

Waar werkt u:  Nederland  buitenland

Wie is/wordt uw werkgever .....

**Werkzaamheden**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> handenarbeid:.....%                  | Waaruit bestaat de handenarbeid:<br>..... |
| <input type="checkbox"/> leidinggeven/toezicht houden: .....% |   |
| <input type="checkbox"/> administratief: .....%               |   |
| <input type="checkbox"/> reizen: .....% Hoe: .....            |   |
| <input type="checkbox"/> binnenland                           |   |
| <input type="checkbox"/> Europa, Noord Amerika/Canada         |   |
| <input type="checkbox"/> overig nl. ....                      |   |

**FAMILIEGESCHIEDENIS**

|                |                             | in leven<br>leeftijd | gezondheidssituatie<br>bij ziekte: op welke leeftijd is de diagnose gesteld | overleden<br>leeftijd bij overlijden | oorzaak overlijden |
|----------------|-----------------------------|----------------------|---|--------------------------------------|--------------------|
| (eigen) vader  |                             | .....                | .....   | .....                                | .....              |
| (eigen) moeder |                             | .....                | .....   | .....                                | .....              |
| broers →       | aantal <input type="text"/> | .....                | .....   | .....                                | .....              |
| zusters →      | aantal <input type="text"/> | .....                | .....   | .....                                | .....              |
| kinderen →     | aantal <input type="text"/> | .....                | .....   | .....                                | .....              |

Komen of kwamen in de naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van kanker, suikerziekte, beroerte, cystennier, hart- en vaatziekten, aandoeningen van psychische aard, spierziekten. Zo ja, bij wie? En op welke leeftijd?

.....

.....

**Erfelijkheid**

Komen of kwamen in de naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten?

Ja  Nee Zo ja, welke ziekte(n) en bij wie? Graag uw antwoord toelichten:

.....

.....

Heeft er bij u of uw naaste familie (als boven bedoeld) ooit een onderzoek naar erfelijke eigenschappen op chromosomaal of DNA-niveau plaatsgevonden?

Ja  Nee Zo ja, waarop en wat was het resultaat hiervan? Graag uw antwoord toelichten:

.....

.....

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

**ANAMNESE**

(in te vullen door de keurend arts, of door de kandidaat-verzekerde, waarna de keurend arts de vragen met de kandidaat-verzekerde doorneemt)

**Graag waar nodig de anamnese uitdiepen.**

**Toelichting** bij elke ziekte of klacht vermelden: Wanneer? Hoe lang? Waarvoor gericht onderzoek (bijvoorbeeld röntgen of echo etc.)? Hoe lang niet gewerkt? Volledig hersteld?

- 1 Bent u op dit moment gezond en is uw gezondheid gewoonlijk ongestoord?  Ja  Nee **1**.....
  
- 2 Hebt of had u ooit: **2**.....
  - a aandoeningen aan oren, ogen, mond, neus of keel?  Ja  Nee **a**.....
  - b pleuritis, astma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen?  Ja  Nee **b**.....
  - c ziekten van hart- of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst?  Ja  Nee **c**.....
  - d hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk?  Ja  Nee **d**.....
  - e suikerziekte, schildklieraandoening, jicht, verhoogd cholesterol?  Ja  Nee **e**.....
  - f aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier?  Ja  Nee **f**.....
  - g aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen?  Ja  Nee **g**.....
  - h suiker, eiwit of andere afwijkingen in de urine?  Ja  Nee **h**.....
  - i aandoeningen van ledematen of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking, schouderpijnen?  Ja  Nee **i**.....
  - j rugklachten, spit, hernia, ischias, tennisarm, kromme rug?  Ja  Nee **j**.....
  - k overwerktheid, overspanning, depressie, zenuwziekte, burnout?  Ja  Nee **k**.....
  - l (kinder-)verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen?  Ja  Nee **l**.....
  - m aandoeningen aan hersenen of zenuwen waaronder herseninfarct en/of hersenbloeding?  Ja  Nee **m**.....
  - n goed- of kwaadaardige zwellingen of tumoren; kwaadaardige aandoeningen, bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten?  Ja  Nee **n**.....
  - o huidaandoeningen, allergie, fistels?  Ja  Nee **o**.....
  - p trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij lopen?  Ja  Nee **p**.....
  - q tropische ziekten?  Ja  Nee **q**.....
  - r enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd?  Ja  Nee **r**.....
  
- 3 Wordt u op dit moment **behandeld** door een arts of paramedicus? Zo ja, door welke arts (naam vermelden)? Waarvoor?  Ja  Nee **3**.....
  
- 4 Staat u op dit moment onder controle bij een arts of paramedicus? Zo ja, door wie (naam vermelden)? Waarvoor?  Ja  Nee **4**.....
  
- 5 Voelt u zich opgewassen tegen de **eisen** die uw beroep, uw gezin en uw levensomstandigheden aan u stellen? Zo nee, graag uw antwoord toelichten:  Ja  Nee **5**.....
  
- 6 Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd? Zo ja, graag uw antwoord toelichten:  Ja  Nee **6**.....
  
- 7a Bent u goed bestand tegen flinke inspanning (traplopen, sport, etc)? Zo nee, graag uw antwoord toelichten:  Ja  Nee **7a**.....
- b Welke sporten en hobby's beoefent u? **b**.....

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

**Graag waar nodig de anamnese uitdiepen.**

**Toelichting** bij elke ziekte of klacht vermelden: Wanneer? Hoe lang? Waarvoor gericht onderzoek (bijvoorbeeld röntgen of echo etc.)? Hoe lang niet gewerkt? Volledig hersteld?

**8a** Hebt u in **het verleden** ziekten of ongevallen gehad, waarvoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest?  Ja  Nee

Zo ja, welke? Wanneer? Hoe lang bent u arbeidsongeschikt geweest? Hebt of had u een arbeidsongeschiktheidsuitkering?  Ja  Nee

Zo ja, graag uw antwoord toelichten:  
**b** Bent u **op dit moment** volledig arbeidsongeschikt?  Ja  Nee

**9** Wanneer hebt u voor het laatst een arts **geraadpleegd**?  
 Welke arts en waarom?  
 Welke diagnose is gesteld?

**10** Wie is uw **huisarts**? Sinds wanneer?

**11** Bent u wel eens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of een beoefenaar van alternatieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie of andere paramedicus)?  Ja  Nee  
 Wie? Waar? Wanneer en waarvoor?

**12a** Bent u wel eens in een **ziekenhuis** of andere zorginstelling opgenomen geweest?  Ja  Nee  
 Wanneer? Waarvoor? Hoe lang? Welke instelling?

**b** Bent u weleens poliklinisch of middels dagbehandeling behandeld?  Ja  Nee

**13** Hebt u ooit een **ongevalsletsel** van enige betekenis gehad?  Ja  Nee  
 Zo ja, graag uw antwoord toelichten:  
 Wanneer? (bij breuken: doorlopend in gewrichten?) Wat waren de gevolgen? Bent u volledig hersteld? Wat voor een ongeval?

**14a** Hebt u ooit een **operatie** ondergaan?  Ja  Nee  
 Wanneer? Waarvoor? Door wie behandeld?

**b** Hebt u ooit een cosmetische ingreep/behandeling ondergaan?  Ja  Nee  
 Wanneer, waarvoor en wat was het resultaat?

**15** Hebt u een **kuur gedaan** met rust, dieet of inspuitingen?  Ja  Nee  
 Wanneer, hoe lang en waarvoor? Houdt u op dit moment dieet?

**16** Gebruikt(e) u **medicijnen** (waaronder anticonceptiva)?  Ja  Nee  
 Zo ja, welke? In welke dosis? Wanneer? Waarom?

**17a** Is er ooit **röntgen-, echo- of scanonderzoek** bij u gedaan?  Ja  Nee  
**b** Zo ja, welk onderzoek en wat was de uitslag?

**18** Hebt u wel eens een periodiek geneeskundig onderzoek of check-up ondergaan?  Ja  Nee  
 Waarom? Wanneer? Resultaat?

**8a** .....

.....  
 .....

**b** .....

**9** .....

.....  
 .....

**10** .....

**11** .....

.....  
 .....

Ja  Nee

.....  
 .....

**12a** .....

.....  
 .....

**b** .....

.....  
 .....

**13** .....

.....  
 .....

**14a** .....

.....  
 .....

**b** .....

.....  
 .....

**15** .....

.....  
 .....

**16** .....

.....  
 .....

**17a** .....

**b** .....

**18** .....

thuis  zelftest

.....  
 .....

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

**Graag waar nodig de anamnese uitdiepen.**

**Toelichting** bij elke ziekte of klacht vermelden: Wanneer? Hoe lang? Waarvoor gericht onderzoek (bijvoorbeeld röntgen of echo etc.)? Hoe lang niet gewerkt? Volledig hersteld?

**19a** Is uw bloed wel eens onderzocht? Bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte, nierziekte, vetgehalte (o.a. cholesterol) of geelzucht (hepatitis), seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of HIV?  Ja  Nee

**b** Zo ja, waarom? Wanneer? Waarop? Resultaat?

**c** Wordt u momenteel, of bent u de afgelopen periode van vijf jaar behandeld wegens een seksueel overdraagbare aandoening?  Ja  Nee

**d** Hebt u een bloedtransfusie ondergaan?  Ja  Nee  
Zo ja, waar? Wanneer? Waarom?

**20a** Zijn in uw bloed HIV-antistoffen aangetoond (bent u seropositief?)  Ja  Nee

**b** Hebt u Aids of hebt u ooit Aids gehad?  Ja  Nee

**21a** Is de slaap ongestoord? Zo nee, graag uw antwoord toelichten.  Ja  Nee

**b** Is de eetlust ongestoord? Zo nee, graag uw antwoord toelichten.  Ja  Nee

**c** Is de ontlasting ongestoord? Zo nee, graag uw antwoord toelichten.  Ja  Nee

**d** Is de urinelozing ongestoord? Zo nee, graag uw antwoord toelichten.  Ja  Nee

**22 Gewoonten** (nu maar ook in het verleden)

**a** Rookt u?  Ja  Nee

Zo ja, Wat en hoeveel rookt u per dag? Sigaren, sigaretten, elke andere vorm van tabak

**b** Als u niet dagelijks rookt, wanneer voor het laatst?

**c** Gebruikt u enige vorm van nicotinevervanger (kauwgum, patches)?  Ja  Nee

**d** Hebt u ooit gerookt?  Ja  Nee

Zo ja sinds wanneer, wanneer gestopt?

Hebt u de afgelopen twee jaar gerookt. Graag ook 'ja' invullen  Ja  Nee

indien u slechts incidenteel hebt gerookt bijv. op feestjes of bij een bijzondere gelegenheid.

**e** Gebruikt(e) u alcohol?  Ja  Nee

Welke dranken? Hoeveel glazen gemiddeld per dag?

**f** Gebruikt(e) u drugs? Welke? Wanneer? Hoeveel per dag?  Ja  Nee

Zo ja, gebruikt(e) u in de afgelopen periode van vijf jaren intraveneus drugs? Zo ja, hebt u hierbij altijd steriel materiaal (naalden en spuiten) gebruikt?

**23** Bent u **afgekeurd**, bijv. voor een baan of bloedtransfusiedienst?  Ja  Nee

**a** Zo ja, waarom?

**b** Bent u voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd?  Ja  Nee

Verzekering steeds tot stand gekomen?  Ja  Nee

Steeds aangenomen op normale voorwaarden?  Ja  Nee

Tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen?  Ja  Nee

**24** Hebt u nog iets mee te delen dat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang zou kunnen zijn? Zo ja, wat?  Ja  Nee

**25 Alleen voor vrouwen**

**a** Wanneer was uw laatste menstruatie?

**b** Heeft u of heeft u ooit gynaecologische aandoeningen/klachten gehad? Zo ja, graag uw antwoord toelichten.  Ja  Nee

**c** Als u zwanger bent, sinds wanneer en hoe verloopt de zwangerschap?

**19a** .....

**b** .....

**c** .....

**d** .....

**20a** .....

**b** .....

**21a** .....

**b** .....

**c** .....

**d** .....

**22** .....

**a** .....

**b** .....

**c** .....

**d** .....

.....

.....

**e** .....

**f** .....

.....

.....

**23** .....

**a** .....

**b** .....

.....

.....

.....

**24** .....

.....

**25** .....

**a** .....

**b** .....

.....

**c** .....

**Let op! altijd cotininetest in urine als kandidaat-verzekerde zegt de afgelopen 24 maanden niet te hebben gerookt of nooit te hebben gerookt.**

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

## 26 Ondertekening

Ik, ondergetekende, verklaar dat de antwoorden op de gestelde vragen door mij zijn gegeven en naar waarheid en volledig zijn vermeld. Ik ben mij ervan bewust dat onjuiste of onvolledige opgave de maatschappij van haar verplichtingen kan ontslaan. Door ondertekening verklaar ik er mee in te stemmen dat de medisch adviseur van Scildon de medische stukken, die op mij betrekking hebben, zo hij dit nodig vindt, aan de medisch adviseur van de herverzekeraar van Scildon, ter beoordeling overlegt.

Getekend in tegenwoordigheid van de keurend arts te ..... op ..... 20 .....

Handtekening kandidaat-verzekerde .....

Handtekening keurend arts .....

## 27 Akkoordverklaring *(doorhalen indien niet van toepassing)*

Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, dat onder andere bestaat uit een test op antistoffen tegen het AIDS-virus (HIV-test). Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aangeeft. Als de uitslag positief is, zal deze via mijn huisarts of via een door mij aangewezen vertrouwensarts aan mij bekend worden gemaakt.

### Kandidaatverzekerde:

Naam .....

Adres .....

Woonplaats .....

(mobiel)telefoonnummer .....

Getekend te .....

Datum .....

Handtekening .....

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

**Geneeskundig rapport over:**

Naam en voornamen: .....

Adres: .....

Geboortedatum .....

Woonplaats .....

Is deze kandidaat-verzekerde u bekend?  Ja  Nee

Zo ja, in welke hoedanigheid? .....

**Vaststelling identiteit:**

Door: ..... (naam keurend arts)

Datum: .....

Identiteit vastgesteld aan de hand van:

- geldig paspoort afgegeven onder nummer: ..... d.d. .... te .....
- geldige identiteitskaart afgegeven onder nummer: ..... d.d. .... te .....
- geldig Nederlands rijbewijs afgegeven onder nummer: ..... d.d. .... te .....

**ALGEMEEN ONDERZOEK**

- 28 Gewicht (zonder kleren) ..... 28 ..... kg
- Laatste jaar toegenomen? ..... kg
- Laatste jaar afgenomen? ..... kg
- Lengte (zonder schoenen) ..... cm
- Borstomvang bij maximale inspiratie ..... cm
- Borstomvang bij maximale expiratie ..... cm
- Buikomvang over de navel ..... cm
- Grootste heupomvang ..... cm
- 29 Welke algemene indruk krijgt u van de kandidaat-verzekerde? ..... 29 .....
- 30 Hoe is de psychische gesteldheid? ..... 30 .....
- (depressief, manisch, gespannen, nerveus, etc.)
- 31 Zijn er afwijkingen aan huid, lymfeklieren, schildklier, mammae? ..... 31 .....
- 32 Afwijkingen van de rug en/of wervelkolom? (kyfose, lordose, ..... 32 .....
- scoliose? spiertonus? functie? klop- of schokpijn? Lasègue? etc.)
- 33 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ..... 33 .....
- ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van
- lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen, etc.)
- 34 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (Reflexen. Zijn deze ..... 34 .....
- symmetrisch? Pathologische reflexen? Tremoren? Hoe is de
- evenwichtszin?).
- 35 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, ..... 35 .....
- etc.) of oren (otorrhoe)?
- Hoe is het gezichtsvermogen? Zonder correctie rechteroog: ..... linkeroog: .....
- Met correctie rechteroog: ..... linkeroog: .....
- Welke correctie rechteroog: ..... linkeroog: .....
- Hoe is het gehoor? Fluisterstem in meters rechteroor: ..... linker oor: .....

|                           |       |
|---------------------------|-------|
| Naam kandidaat-verzekerde | ..... |
| Naam tussenpersoon        | ..... |
| Relatienummer tp          | ..... |

**36** Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak?  
Hoe is de toestand van het gebit?

### 37 Hart en bloedvaten

- a Hoe is de pols? (kwaliteiten? frequentie?)  
b Hoe is de bloeddruk? **Minimaal 2 maal meten!**  
Wilt u, als de bloeddruk te hoog is, deze op een voor kandidaat-verzekerde rustig moment, bijvoorbeeld 's morgens, nogmaals tweemaal meten.  
Diastole bij het verdwijnen/zachter worden van de tonen opgeven.

- c Waar is de hartstoot te voelen?  
Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding?  
d Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving van geruisen) van het hart?  
e Afwijkingen aan buik-, been- of voetarteriën?  
f Veranderingen aan de venae (varices)?  
Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid?  
g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem?

### 38 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 expirium?  
d Vindt u tekenen van emfyseem? (als er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling etc. dan graag toelichten).  
Bij afwijkende bevindingen verzoeken wij u een longfunctietest (VC en FEV1) te verrichten.

### 39 Buik en geslachtsorganen

- a Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud? (lever en milt voelbaar?)  
b Vindt u afwijkingen aan penis, testes, epididymides?  
c Zijn er afwijkingen aan of om de anus?

### 40 ECG-onderzoek

ECG in rust (afleidingen aangeven en registratie meegezenden).

### 41 Urine-onderzoek

- a Is de urine inderdaad door de kandidaat-verzekerde geloosd?

Let op! altijd cotininetest in urine als kandidaat-verzekerde zegt de afgelopen 24 maanden niet te hebben gerookt of nooit te hebben gerookt.

Is kandidaat-verzekerde nuchter?  
Sinds wanneer?

**36** .....

**37** .....

**a** .....

**b** .....

|               |    |    | evt. volgende ochtend |    |         |
|---------------|----|----|-----------------------|----|---------|
|               | 1e | 2e | na rust               | 1e | na rust |
| <b>sys.</b>   |    |    |                       |    |         |
| <b>diast.</b> |    |    |                       |    |         |

**c** .....

**d** .....

**e** .....

**f** .....

**g** .....

**38** .....

**a** .....

**b** .....

**c** .....

**d** .....

**39** .....

**a** .....

**b** .....

**c** .....

**40** .....

**41** .....

ja  nee

Welke onderzoeksmethode gebruikt?

Eiwit?

Suiker?

Kleur?

Bloed?

Sediment bepalen?

**Cotinine** (kwantitatieve uitslag)

ja  nee



|                                 |
|---------------------------------|
| Naam kandidaat-verzekerde ..... |
| Naam tussenpersoon .....        |
| Relatienummer tp .....          |

**42 Bloedonderzoek**

Uitsluitend als op de voorkant een uitgebreide keuring inclusief HIV-test is aangekruist:  
 Als de HIV-test (ELISA) positief uitvalt, moet deze herhaald worden. Een herhaald positieve uitslag moet bevestigd worden door bijvoorbeeld een Western-Blottest.

**42. Graag referentiewaarden vermelden.**

HIV (ELISA).....  
 Cholesterol.....  
 HDL-cholesterol.....  
 Triglyceriden.....  
 Glucose.....  
 Hb.....  
 Leucocyten.....  
 BSE.....  
 Urinezuur.....  
 Alkalische Fosfatase.....  
 Gamma-GT.....  
 ALAT.....  
 ASAT.....  
 Kreatinine.....

**43 UITSLUITEND OP INDICATIE**

- een nuchter geprikte glucose en HbA1c
- inspannings-ECG

Overige onderzoeken: ter beoordeling van de medisch adviseur van Scildon

**44 Eindoordeel**

Hebt u nog iets over de gezondheidssituatie van de kandidaat-verzekerde op te merken?

Hebt u de indruk, dat de kandidaat-verzekerde de vragen over zijn voorgeschiedenis volledig en juist heeft beantwoord?

Wat is op grond van de anamnese en de uitkomst van de onderzoeken uw conclusie over de gezondheidssituatie van de kandidaat-verzekerde?

**45 ALGEMENE OPMERKINGEN**

Hebt u de uitslagen met de kandidaat-verzekerde besproken en hebt u advies gegeven over het raadplegen van artsen etc.  
 Zo ja, graag uw antwoord toelichten:

Hebt u de kandidaat-verzekerde doorverwezen naar de huisarts.

ja  nee

ja  nee

Handtekening kandidaat-verzekerde:

**U kunt desgewenst de kandidaat-verzekerde informeren over de bevindingen van uw onderzoek, maar wij verzoeken u dringend geen uitspraak te doen over de voorwaarden waarop de verzekering tot stand kan komen.**

Datum onderzoek: ..... 20..... , tijdstip onderzoek: ..... plaats onderzoek: .....

Separate declaratie bijgevoegd onder vermelding van naam en bankrekeningnummer

Bankrekeningnummer:..... t.n.v.....

Het honorarium is conform de tarieven NZa.

Handtekening keurend arts: .....

## MACHTIGING

### De machtiging moet worden ingevuld en ondertekend door de kandidaat-verzekerde.

In verband met de medische beoordeling van het overlijdens- en/of arbeidsongeschiktheidsrisico ontving onze medisch adviseur gegevens over uw gezondheidstoestand. Voor een goede beoordeling van de daarin genoemde ziekte(n), afwijking(en) en/of klachten over uw gezondheid wil de medisch adviseur graag nadere informatie inwinnen bij de arts of specialist waar u onder behandeling bent of bent geweest. Het vragen naar en geven van deze informatie kan alleen gebeuren met uw toestemming en uitsluitend gaan over de genoemde ziekte(n), afwijking(en) en/of klachten. Door middel van het invullen en ondertekenen van deze machtiging verleent u deze toestemming. Wij wijzen u erop dat een onvolledig ingevulde machtiging kan leiden tot vertraging van de procedure. De door de behandelend arts en/of specialist verstrekte gegevens kunnen worden opgenomen in de door de maatschappij gevoerde persoonsregistratie, die onder beheer van de medisch adviseur valt. Op deze registratie is een privacyreglement van toepassing. Aanmelding van deze registratie bij de Registratiekamer is gedaan op 1 juli 1990. Een afschrift van het formulier van aanmelding ligt voor een ieder bij de maatschappij ter inzage.

#### Ondergetekende:

De heer/mevrouw .....  
Adres .....  
Postcode/woonplaats .....  
Geboortedatum .....

machtigt hiermee de specialist/huisarts (*graag doorhalen wat niet van toepassing is*)

**Naam arts** .....  
**Naam ziekenhuis/praktijk** .....  
**Adres** .....  
**Postcode/plaats** .....

aan de medisch adviseur van Scildon de gewenste inlichtingen te verstrekken via gerichte vragen over

.....

De gerichte vragen gaan over:

- verricht onderzoek, de diagnostiek en de uitkomsten daarvan
- de behandeling en het beloop daarvan

Deze informatie wordt uitsluitend gebruikt voor de medische beoordeling van het overlijdens- en/of arbeidsongeschiktheidsrisico.

Plaats en datum

Handtekening de heer/mevrouw

.....

Dit formulier volledig ingevuld en ondertekend sturen aan:

**Scildon**

**Antwoordnummer 140**

**1200 VB Hilversum**