Keuringsformulier kleine keuring

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

☐ Kleine keuring **met** HIV-test, bloedonderzoek en urine-onderzoek.
☐ Kleine keuring **zonder** HIV-test, **met** bloedonderzoek en urine-onderzoek.

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.

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 vertrouwens-arts 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 heeft verstrekt, zoals extra informatie van uw behandelend(e) arts(en). Dit gebeurt alleen met uw toestemming.

GEGEVENS TUSSENPERSOON
Naam .....
Contactpersoon .....
Adres/postcode/plaats .....
Relatienummer .....

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

Naam .....
Voornamen .....
Adres .....
Postcode .....
Woonplaats .....
(mobiel)telefoonnr. .....
Emailadres .....

Geboortedatum .....
Geboorteplaats .....

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.

Naam huisarts/vertrouwensarts

Naam .....
Adres .....
Postcode .....
Woonplaats .....
(mobiel)telefoonnr. .....
Emailadres .....

Naam .....
Getekend te .....
Datum ..... Handtekening .....

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 .....

Is deze kandidaat-verzekerde u bekend? ☐ Ja ☐ Nee

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

Geneeskundig rapport over:
Naam en voornamen .....
Geboortedatum .....

ALGEMEEN ONDERZOEK

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

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

				evt. volgende ochtend	
	1e	2e	na rust	1e	na rust
syst.					
diast.					

Hoe is de pols? (kwaliteiten? frequentie?) .....

Roken (nu maar ook in het verleden)
Rookt u? ☐ ja ☐ nee
Zo ja, wat en hoeveel rookt u per dag? Sigaren, sigaretten, elke andere vorm van tabak .....
Als u niet dagelijks rookt, wanneer voor het laatst? .....
Gebruikt u enige vorm van nicotinevervanger (kauwgum, patches)? ☐ ja ☐ nee
Hebt u ooit gerookt? ☐ ja ☐ nee
Zo ja sinds wanneer, wanneer gestopt? .....
Hebt u de afgelopen twee jaar gerookt. Graag ook 'ja' invullen indien u slechts incidenteel hebt gerookt bijv. op feestjes of bij een bijzondere gelegenheid. .....

Urine-onderzoek

Is de urine inderdaad door de kandidaat-verzekerde geloosd? ☐ ja ☐ nee
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?

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

Welke onderzoeksmethode gebruikt? .....
Eiwit? .....
Suiker? .....
Kleur? .....
Bloed? .....
Sediment .....
Cotinine (kwantitatieve uitslag) .....

Is kandidaat-verzekerde nuchter? ☐ ja ☐ nee
Sinds wanneer? .....

Bloedonderzoek

Uitsluitend als op de voorkant een kleine 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.

HIV (ELISA) .....
Cholesterol .....
HDL-cholesterol .....
Triglyceriden .....
Glucose .....
Graag de referentiewaarden vermelden.

UITSLUITEND OP INDICATIE

- een nuchter geprikte glucose en HbA1c .....
- ECG .....

Geneeskundig rapport over:
Naam en voornamen .....
Geboortedatum .....

Eindoordeel

Hebt u nog iets over de gezondheidssituatie van de kandidaat-verzekerde op te merken? ☐ Ja ☐ Nee .....

Hebt u de uitslagen met de kandidaat-verzekerde besproken en hebt u advies gegeven over het raadplegen van artsen etc. ☐ Ja ☐ Nee .....

Zo ja, graag uw antwoord toelichten: .....

Hebt u de kandidaat-verzekerde doorverwezen naar de huisarts? ☐ 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: .....

SCILDON
LIFE | PENSION

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