

Allianz Inkomensverzekeringen

Keuringsformulier

Allianz 

Formulier voor medische keuring (medisch geheim)

Dit formulier moet de kandidaat-verzekerde meenemen naar de afspraak met de keurend arts.

Polisnummer:

Ten name van:

Assurantied adviseur:

Dit keuringsformulier is bestemd voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering, aangevraagd bij Allianz Inkomensverzekeringen, onderdeel van Allianz Nederland Schadeverzekering N.V.

1. Soort keuring

Dit formulier is van toepassing:

- als het verzekerd bedrag in totaal hoger is dan € 85.000.
- vanaf de 50-jarige leeftijd als het verzekerd bedrag in totaal hoger is dan € 65.000.

Voor de hierboven genoemde verzekerde bedragen geldt dat deze inclusief de verzekerde bedragen zijn van bij een andere maatschappij aangevraagde of al lopende verzekeringen.

Een bloedonderzoek conform vraag 14 van het algemeen onderzoek alsmede een X-thorax en een ECG conform vraag 15 van het algemeen onderzoek, maken deel uit van deze uitgebreide medische keuring.

2. Algemeen

a. Bloedonderzoek op HIV-antistoffen (aidstest)

Het bloedonderzoek bestaat onder andere uit een HIV-test. U dient de kandidaat-verzekerde hierover te informeren. Hierbij dient speciaal gewezen te worden op de aard van de HIV-test. De medisch adviseur van Allianz Inkomensverzekeringen kan bij afwijkende waarden de huisarts of een door de betrokkene met name genoemde vertrouwensarts hierover inlichten. Tegelijk zal de kandidaat-verzekerde gevraagd worden met de huisarts of deze vertrouwensarts contact op te nemen.

b. Akkoordverklaring bloedonderzoek

U dient de kandidaat-verzekerde voor deze procedure toestemming te vragen door het anamnestic deel van het keuringsformulier, waarin bedoelde akkoordverklaring is opgenomen, te laten ondertekenen.

3. Machtiging voor informatie bij de behandelend arts

Zonodig kan meteen de machtiging bij het keuringsformulier worden ingevuld die de behandelend arts toestemming geeft de medisch adviseur informatie te verstrekken over de met name genoemde aandoening(en).

4. Privacybescherming

Bij de aanvraag van een verzekering en nadien worden persoonsgegevens gevraagd. Deze worden door ons verwerkt ten behoeve van het aangaan en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten en het beheren van de relaties die daaruit voortvloeien. Dit is nodig ter ondersteuning van de bedrijfsvoering en de fraudebestrijding en om te kunnen voldoen aan wettelijke verplichtingen. Op dit alles is de gedragscode 'Verwerking persoonsgegevens verzekeringsbedrijf' van toepassing. In deze gedragscode worden de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking weergegeven. De volledige tekst van de gedragscode kunt u opvragen bij het Informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars, Postbus 93450, 2509 AL Den Haag, telefoon (070) 333 87 77, www.verzekeraars.nl.

5. Tenslotte

Wilt u bij het afnemen van de anamnese eventuele bijzonderheden uitdiepen? Met name aandacht voor data, diagnose, soort behandeling en resultaat.

S.v.p. volledig invullen

Keuringsformulier (medisch geheim)

Verklaring van de kandidaat-verzekerde

In te vullen door: keurend arts

Bij een aantal vragen op dit formulier dient een keuze tussen ja en nee te worden gemaakt. In alle gevallen geldt wanneer een vraag met ja wordt beantwoord, u ook een nadere toelichting moet geven. In de meeste gevallen staat aangegeven wat u precies moet toelichten. Heeft u meer ruimte nodig voor uw antwoorden dan op het formulier beschikbaar is, voeg dan zelf een aparte bijlage toe. Geef duidelijk aan bij welke vragen de bijlage hoort.

Naam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw
Voornamen	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>	Nr.	<input type="text"/>
Woonplaats	<input type="text"/>	Postcode	<input type="text"/>
Telefoon	<input type="text"/>		
Geboorteplaats	<input type="text"/>		
Geboortedatum	<input type="text"/>		

Burgerlijke staat Gehuwd Ongehuwd Samenwonend
 Gescheiden Weduwe / weduwnaar

Indien gehuwd/samenwonend, sinds wanneer?

Beroep

Sinds wanneer?

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden?

Voor het afsluiten van een arbeidsongeschiktheidsverzekering dient u zich te legitimeren.

Legitimatiebewijs Paspoort Identiteitskaart Rijbewijs
Nummer

Familiegeschiedenis

(zo nauwkeurig mogelijk invullen)

	In leven		Overleden		
	leeftijd	gezondheidstoestand	leeftijd bij overlijden	jaar van overlijden	doodsoorzaak
(eigen) vader	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(eigen) moeder	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
echtgeno(o)t(e)/partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
broers, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
zussen, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
kinderen, aantal, <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komen of kwamen in uw naaste familie (ook grootouders, ooms en tantes) gevallen voor van erfelijke ziekten, kanker, tuberculose, suikerziekte, maagzweer, beroerte, oog-, nier-, hart- en vaatziekten, ruggenmergziekten, zenuw- en zielsziekten, toevallen, drankzucht of zelfdoding?

Nee Ja, welke en bij wie?

Anamnese (door keurend arts op te nemen)

Vul bij de toelichting (of in een aanvullende bijlage) een antwoord in op de volgende vragen: welke aandoening(en), wanneer, hoe lang, bent u geopereerd, door wie bent u behandeld en bent u geheel/gedeeltelijk arbeidsongeschikt.

			Toelichting
1 Voelt u zich gezond?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
2 a. 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	
b. Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
3 Bent u goed bestand tegen flinke inspanning? (trappen klimmen, sport, enz.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
4 Heeft u of heeft u ooit gehad:			
a. aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
b. pleuritis, astma, bronchitis, COPD, andere longaandoeningen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
c. ziekten van het 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. suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterolgehalte;	<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, tennisarm;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
j. rugklachten, spit, hernia, ischias, kromme rug;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
k. overwerktheid, overspanning, zwaarmoedigheid, zenuwziekte;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
l. (kinder-)verlamming, toevallen, duizelingen, hyperventilatie, hoofdpijnen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
m. bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
n. huidaandoeningen, allergie, fistels;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
o. trombose, spataderen, open benen, kuitpijn bij het lopen;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
p. tropische ziekten;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
q. een aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd;	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
5 a. Wordt u nu nog behandeld?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
b. Door wie?			
c. Waarvoor?			
d. Staat u nu nog onder controle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	
e. Van wie?			
f. Waarvoor?			

<p>6 a. Heeft u in het verleden ziekten of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt bent geweest? Zo ja, welke klachten had u en/of welk letsel liep u op?</p> <p>b. Wanneer?</p> <p>c. Hoelang?</p> <p>d. Ontving u een arbeidsongeschiktheidsuitkering?</p> <p>e. Bent u nu volledig arbeidsgeschikt?</p> <p>f. Ontvangt of ontving u enigerlei uitkering of schadeloosstelling die verband houdt/hield met uw gezondheidstoestand?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<p>Toelichting</p> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>7 a. Wanneer heeft u voor het laatst een arts geraadpleegd?</p> <p>b. Waarvoor?</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>8 a. Wie is uw huisarts?</p> <p>b. Sinds wanneer?</p> <p>c. In welke plaats is hij/zij gevestigd?</p>		<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>9 a. Bent u wel eens bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een alternatieve geneeswijze (bijv. homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie) geweest?</p> <p>b. Wie?</p> <p>c. Waar?</p> <p>d. Wanneer?</p> <p>e. Waarvoor?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>10 a. Bent u ooit in een ziekenhuis, kliniek, sanatorium of inrichting opgenomen geweest?</p> <p>b. Wanneer?</p> <p>c. Waarvoor?</p> <p>d. Hoelang?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>11 a. Heeft u ooit een ongevalsletsel van enige betekenis gehad?</p> <p>b. Wanneer?</p> <p>c. Wat waren de gevolgen?</p> <p>d. Bent u volledig hersteld?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>12 a. Heeft u ooit een operatie ondergaan?</p> <p>b. Wanneer?</p> <p>c. Waarvoor?</p> <p>d. Door wie bent u behandeld?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>13 a. Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen?</p> <p>b. Wanneer?</p> <p>c. Hoelang?</p> <p>d. Waarvoor?</p> <p>e. Houdt u zich momenteel aan een dieet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>
<p>14 a. Gebruikt(e) u (een) geneesmiddel(en)?</p> <p>b. Zo ja, welk geneesmiddel(en)?</p> <p>c. In welke dosis?</p> <p>d. Sinds wanneer?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></div>

				Toelichting
15 a.	Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Waarvan?			<input type="text"/>
c.	Wanneer?			<input type="text"/>
d.	Hoe was de uitslag?			<input type="text"/>
e.	Bent u ooit bestraald?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
16 a.	Heeft u wel eens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Zo ja, wanneer?			<input type="text"/>
c.	Waarvoor?			<input type="text"/>
d.	Met welk resultaat?			<input type="text"/>
17 a.	Heeft u aids?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Is uw bloed wel eens onderzocht, bijvoorbeeld op bloedziekte, suikerziekte nierziekte, vetgehalte (bijv. cholesterol), geelzucht (hepatitis A of B) of seksueel overdraagbare aandoeningen zoals syfilis of aids (HIV-test)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
c.	Waarom?			<input type="text"/>
d.	Wanneer?			<input type="text"/>
e.	Waarop?			<input type="text"/>
f.	Met welk resultaat?			<input type="text"/>
18	Heeft u problemen met:			<input type="text"/>
a.	de slaap?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	de eetlust?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
c.	de ontlasting?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
d.	de urinelozing?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
19	Gewoonten (nu, maar ook in het verleden).			<input type="text"/>
a.	Rookt(e) u? Zo ja, hoeveel per dag? Sinds welke leeftijd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Bent u gestopt met roken? Zo ja, wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
c.	Gebruikt(e) u alcohol? Welke dranken? Hoeveel per dag?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
d.	Gebruikt(e) u drugs? Welke? Hoeveel en gedurende welke periode?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
20 a.	Heeft u de militaire dienst geheel vervuld? Zo nee, waarom niet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Bent u afgekeurd, b.v. voor een baan of de bloedtransfusiedienst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
c.	Bent u voor enige verzekeringsmaatschappij gekeurd?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
d.	Is/zijn de aangevraagde verzekering(en) tot stand gekomen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
e.	Indien ja, tegen hogere premie, verkorting van duur of met beperkende bepalingen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
21	Heeft u nog iets mede te delen wat voor de acceptatie van de aangevraagde verzekering van belang is? Zo ja, wat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
Alleen voor vrouwen				
22 a.	Heeft u menstruatiestoornissen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
b.	Heeft u gynaecologische aandoeningen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
c.	Bent u zwanger? Zo ja, sinds wanneer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>
d.	Heeft u ooit een miskraam gehad (of meerdere)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="text"/>

Ondertekening

- a. Ondergetekende verklaart kennis te hebben genomen van de brochure 'U moet gekeurd worden. En nu?', de gestelde vragen te hebben begrepen en deze naar waarheid en volledigheid te hebben beantwoord en zich ervan bewust te zijn dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave ertoe kan leiden dat recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt (waarbij de verzekering soms ook nog kan worden opgezegd). Ondergetekende verklaart verder dat hij/zij geen bezwaar heeft tegen het gebruik van medische gegevens voor de acceptatie van de met het bijbehorende aanvraagformulier aangevraagde verzekering.
- b. Tevens verklaar ik akkoord te gaan met onderzoek van mijn bloed, dat o.a. bestaat uit een test op antistoffen tegen het aids-virus. Ik ben op de hoogte van de aard van de HIV-test en van de consequenties van een uitslag die seropositiviteit aangeeft.

Ik wens de uitslag van de HIV-test:

niet te vernemen

wel te vernemen, via een door mij aan te wijzen huisarts of vertrouwensarts:

Naam

Adres

Woonplaats

Telefoonnummer

Getekend in de tegenwoordigheid van de keurend arts

Plaats

Datum

Handtekening van keurend arts

Handtekening van kandidaat-verzekerde

Keuringsrapport

In te vullen door: keurend arts
Dit formulier moet u meenemen naar uw afspraak met de keurend arts.

Naam kandidaat verzekerde

Afgegeven door dokter te op uur

op te

Is deze kandidaat-verzekerde u bekend? Nee Ja

Heeft de verzekerde zich gelegitimeerd? Nee Ja, door middel van nummer

Algemeen onderzoek

1 Gewicht (zonder kleren) kg

Laatste jaar toegenomen kg

Laatste jaar afgenomen kg

Buikomvang cm

Heupomvang cm

Lengte (zonder schoenen) cm

2 Welke algemene indruk krijgt u van deze kandidaat?

3 Hoe is de psychische gesteldheid? (depressief, manisch, gespannen, nerveus, enz.)

4 Zijn er afwijkingen aan huid, lymfeklieren, schildklier, mammae?

5 Afwijking van de rug en wervelkolom (kyfose, lordose, scoliose, spiertonus, functie, klopp- of schokpijn, lasègue, enz.)?

6 Zijn er misvormingen, afwijkingen of functiestoornissen aan romp, ledematen of gewrichten? (atrofie, littekens, afwezigheid van lichaamsdelen, gewrichtsafwijkingen, enz.)

7 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel? (pees-, buik- en voetzoolreflexen)?

Zijn deze symmetrisch?

Pathologische reflexen?

Tremoren?

Hoe is de evenwichtszin?

8 Zijn er afwijkingen aan de ogen (pupilreacties, nystagmus, arcus, enz.)?

Zijn er afwijkingen aan de oren (otorroe)?

Hoe is het gezichtsvermogen?

zonder correctie rechteroog linker oog

met correctie rechteroog linker oog

welke correctie rechteroog linker oog

Hoe is het gehoor?

fluïsterstem in meters rechteroor linker oor

9 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak?

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, indien de tensie te hoog is, deze op een voor kandidaat rustig moment bijv. 's morgens, nog eens opnemen.

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

- c. Waar is de hartstoot te voelen?

Is deze zichtbaar of heffend? Uitbreiding?

	Intercostale ruimte
	cm <input type="checkbox"/> binnen <input type="checkbox"/> op <input type="checkbox"/> buiten med. clv.lijn

- 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?

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 expirium?

- 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 of milt voelbaar?)

- b. Bij keuring van een vrouw letten op aandoeningen in onderbuik en eventuele zwangerschap.

- c. Bij keuring van een man letten op aandoeningen aan penis, testes, epididymides?

- d. Zijn er afwijkingen aan of om de anus?

13 Urine onderzoek

Welke onderzoeksmethode is gebruikt?

Is de urine inderdaad ter plekke door kandidaat geloosd?

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?

- Eiwit?
 Suiker?
 Soortelijk gewicht?
 Kleur?
 Helderheid?
 Sediment?

<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

14 Uitgebreid bloedonderzoek

	uitslag	normaal	eenheden
a. BSE			
b. HB			
c. Ht			
d. Ery's			
e. Leuco's			

	uitslag	normaal	eenheden
f. Glucose			
g. Cholesterol			
h. HDL-chol.			
i. LDL-chol.			
j. Triglyceriden			

	uitslag	normaal	eenheden
k. ASAT			
l. ALAT			
m. Gamma GT			
n. Kreatinine			
o. HIV (Elisa)			
p. Urinezuur			

Wilt u bij eventueel verhoogde waarden deze (nuchter) laten herhalen?

15 Aanvullend onderzoek

- a. Thorax-foto: uitslag bijvoegen
 b. ECG, inspannings ECG: uitslag bijvoegen

16 Eindoordeel

- a. Heeft u iets omtrent de gezondheidstoestand van de onderzochte persoon op te merken?
- b. Heeft u de indruk dat de onderzochte de vragen over zijn voorgeschiedenis volledig en juist heeft beantwoord?
- c. Acht u op grond van de anamnese en de uitkomsten van het onderzoek het risico voor de aangevraagde verzekering normaal?
Zo nee, waarom niet?

Algemene opmerkingen (zonodig graag overleg met de behandelend arts)

Dringend verzoek aan de arts, zich noch tegenover de kandidaat, noch tegenover de verzekeringsadviseur uit te laten over de voorwaarden waarop de verzekering tot stand kan komen.

Ondertekening

(In blokletters a.u.b.)

De keurend arts

Honorarium

(volgens overeenkomst met L.H.V.)

Verlangd honorarium voor extra verrichtingen

--

Handtekening

--

Plaats

--

Datum

--

(Post)bankrekening

--

Ten name van

--

Te

--

Telefoonnummer

--

Dit formulier kunt u opsturen naar:

Allianz Inkomensverzekeringen

Medisch Adviseur

Antwoordnummer 5174

3000 VB Rotterdam

Machtiging

Wellicht wil de medisch adviseur m.b.t. de door u vermelde klachten geïnformeerd worden over het huidige en eventueel het voorgaande ziektebeloop en de toegepaste behandeling. Dat is alleen mogelijk als u daarmee instemt.

Wij vragen u daarom onderstaande machtiging volledig in te vullen. Hiermee geeft u uw behandelend arts toestemming de gevraagde informatie te verstrekken. U kunt hierover eerst met de arts en/of huisarts overleggen.

Machtiging aan:

Huisarts (naam)
Straat en huisnummer
Woonplaats Postcode

Machtiging aan:

Specialist (naam)
Straat en huisnummer
Woonplaats Postcode

Inzake aandoening (duidelijke omschrijving van de aard van de klacht, welk lichaamsdeel en in welk jaar zich de klacht voordeed):

Ik ga ermee akkoord dat de bovengenoemde arts en/of specialist aan de medisch adviseur van Allianz Inkomensverzekeringen de gewenste inlichtingen verschaft inzake de in deze machtiging genoemde klacht/aandoening.

Machtiging door:

Naam
Geboortedatum
Plaats
Datum
Handtekening

Allianz Inkomensverzekeringen is onderdeel van Allianz Nederland Schadeverzekering N.V.,
statutair gevestigd te Rotterdam (handelsregister van de Kamer van Koophandel te Rotterdam nummer 24052601).
Allianz Nederland Schadeverzekering N.V. is geregistreerd bij de AFM onder nummer 12000451.

Allianz Inkomensverzekeringen, Postbus 139, 3000 AC Rotterdam
Telefoon: (0172) 429 329, www.allianz.nl