

Aan de keurend internist,

Geachte collega,

Hiermee verzoek ik u een keuring uit te voeren, met de volgende inhoud:

- anamnese en lichamelijk onderzoek volgens keuringsformulier (urine-onderzoek inclusief sediment);
- E.C.G. (hartfilmpje) in rust (inspannings E.C.G. op indicatie, door u te beoordelen);
- X-thorax (longfoto) indien een medische indicatie aanleiding geeft (anamnese met longafwijkingen, afwijkingen bij lichamelijk onderzoek, meer dan twintig sigaretten per dag of meer dan 20 pack-year);
- uitgebreid bloedonderzoek (nuchter), zie achterzijde van dit formulier.

De levensverzekeringsmaatschappijen in Nederland verlangen sinds 1988, met instemming van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, een bloedonderzoek bij aanvragen voor een individuele levensverzekering met een overlijdensrisico van € 182.000,00 of meer. Dit bedrag is vastgelegd in de Wet Medische Keuringen en wordt elke drie jaar bij ministeriële regeling aangepast aan de hand van de consumentenprijsindex. Tot de standaardprocedure behoort een test op HIV-antistoffen.

Het is van groot belang dat de kandidaat-verzekerde door u vooraf wordt geïnformeerd, in het bijzonder over de aard van de test op HIV-antistoffen. Ook de K.N.M.G. hecht grote waarde aan dit 'informed consent'. In verband hiermee dient de kandidaat-verzekerde schriftelijk een akkoordverklaring af te geven, waarin betrokkene tevens aangeeft wat te doen in geval van een positieve uitslag (zie verklaringen kandidaat-verzekerde op bijgaand keuringsformulier).

Na invulling van het keuringsformulier en het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium, gelieve u:

- indien u zelf bloed afneemt, dit samen met het verzoekformulier op te sturen naar het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst te Amsterdam;
- indien u niet zelf bloed afneemt, de kandidaat-verzekerde te verwijzen naar een klinisch chemisch laboratorium dat zonodig een virologisch of medisch microbiologisch laboratorium inschakelt. Hiertoe dient het bijgaand verzoekformulier aan het laboratorium meegegeven te worden aan de betrokkene.

Onder gebruikmaking van hetzelfde bloedmonster zullen deze laboratoria een herhaald-positieve Elisa-test laten bevestigen door een Western Blot-test. Het resultaat wordt door het laboratorium vervolgens, rechtstreeks, schriftelijk aan ondergetekenden medegedeeld. Vervolgens wordt dan de instructie van de kandidaat-verzekerde gevolgd.

Het keuringsformulier gelieve u aan mij te zenden:

REAAL Levensverzekeringen;
T.a.v. de Medisch Adviseur;
Antwoordnummer 11;
1800 VB Alkmaar.

Ik dank u voor uw medewerking.

Met collegiale hoogachting,
Medisch adviseur REAAL Levensverzekeringen
Drs. D.J. van Dongen, internist

Bijlage Keuringsformulier

Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusiedienst
Plesmanlaan 125
1066 CX Amsterdam
Telefoon 020 - 512 92 22

UITGEBREID BLOEDONDERZOEK

GEGEVENS KEUREND INTERNIST

Naam _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

VERZOEK AAN HET LABORATORIUM VOOR HET VERRICHTEN VAN BLOEDONDERZOEK

In verband met de aanvraag voor een levensverzekering is bloedonderzoek noodzakelijk bij

Naam _____ Voorletter(s) _____
Geboortedatum _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____

Wilt u volgende onderzoeken bij bovengenoemde kandidaat-verzekerde nuchter laten verrichten

HIV (Elisa) ¹ _____
en
BSE _____ mm/1uur _____ normaalwaarde
Hb _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Ht _____ l/l _____ normaalwaarde
MCV _____ fl _____ normaalwaarde
Leucocyten _____ 10⁹/l _____ normaalwaarde
Cholesterol _____ mmol/l _____ normaalwaarde
HDL-Cholesterol _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Ratio Chol/HDL-Chol. _____
Triglyceriden _____ mmol/l _____ normaalwaarde
ASAT _____ U/l _____ normaalwaarde
ALAT _____ U/l _____ normaalwaarde
gamma-GT _____ U/l _____ normaalwaarde
Alkalische fosfatase _____ U/l _____ normaalwaarde
LDH _____ U/l _____ normaalwaarde
Kreatinine _____ µmol/l _____ normaalwaarde
Glucose _____ mmol/l _____ normaalwaarde
Mannen ouder dan 50 jaar
PSA _____ µg/l _____ normaalwaarde

¹ Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

Wilt u de uitslag en de rekening laboratoriumkosten onder vermelding van VERTROUWELIJK zenden aan:
REAAAL Levensverzekeringen;
t.a.v. de Medisch Adviseur;
Antwoordnummer 11;
1800 VB Alkmaar.

MEDISCHE KEURING LEVENSVZERKERING - ARBEIDSONGESCHIKTHEIDSVZERKERING

Dossiernummer REAAL _____

TOELICHTING OP DOEL EN GEBRUIK VAN DE KEURING

Het doel en gebruik van de te verrichten keuring is de medisch adviseur van de verzekeraar in staat te stellen te beoordelen onder welke voorwaarden de aangevraagde verzekering kan worden geaccepteerd. De vragen dienen naar waarheid, zo volledig mogelijk en zonder enig voorbehoud te worden beantwoord. Het is van belang dat de kandidaat-verzekerde op de hoogte is van het doel en gebruik van de keuring.

VERKLARING VAN DE KANDIDAAT-VERZEKERDE

Achternaam (bij gehuwde vrouw ook meisjesnaam) _____

Voorletters _____ Man Vrouw

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboorteplaats _____ Geboortedatum _____

Telefoon _____

Beroep _____ Sinds wanneer _____

Waaruit bestaan uw beroepswerkzaamheden _____

Zelfstandig ondernemer of werknemer Zelfstandig ondernemer Werknemer, werkzaam bij (naam werkgever) _____

Voorgaande beroepen en hoe lang _____

FAMILIEGESCHIEDENIS

Zo nauwkeurig mogelijk invullen.

| | In leven | Overleden | | |
|-----------------------------------|----------|---------------------|---------------------|--------------|
| | Leeftijd | Gezondheidstoestand | Leeftijd overlijden | Doodsoorzaak |
| Vader | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Moeder | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Echtgenote/echtgenoot/ partner | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Broer, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Zuster, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |
| Kinderen, aantal | _____ | _____ | _____ | _____ |

Komen of kwamen in uw familie (grootouders, ooms, tantes) gevallen voor van

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Erfelijke ziekten | <input type="checkbox"/> Ziekten van het bewegingsapparaat | <input type="checkbox"/> Zenuw- of zielsziekten | <input type="checkbox"/> Kanker |
| <input type="checkbox"/> Beroerte | <input type="checkbox"/> Drankzucht | <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Hart- en vaatziekten |
| <input type="checkbox"/> Zelfmoord | <input type="checkbox"/> Vallende ziekte | <input type="checkbox"/> Nierziekten | <input type="checkbox"/> Neurologische aandoeningen |
| <input type="checkbox"/> Spierziekten | <input type="checkbox"/> Bloedziekten | | |

Welke ziekte(n) en bij wie

ANAMNESE

Door keurend arts op te nemen.

TOELICHTING

Bij elke ziekte of klacht vermelden: wanneer, hoe lang, röntgenfoto's, hoe lang niet gewerkt. Eventueel op aparte bijlage.

| | | | | |
|----|---|-----------------------------|------------------------------|-------|
| 1 | Geniet u een goede gezondheid | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| 2 | Lijdt u, of heeft u geleden aan | | | |
| | a Aandoeningen aan oren, mond, neus of keel | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | b Pleuritis, asthma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen | <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 Suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterol | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | f Aandoeningen van maag, darmen, galblaas, lever, alvleesklier | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | g Aandoeningen van nieren, urinewegen, blaas, geslachtsorganen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | h Suiker, eiwit of andere afwijking 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, overspannenheid, depressie, 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 Goed- of kwaadaardige zwelling of tumor, kwaadaardige aandoeningen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | n Bloedziekten, bloedarmoede, klierziekten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | o Huidaandoeningen, allergie, fistels | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | p Trombose, spataderen, open benen, kuitpijnen bij lopen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | q Tropische ziekten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | r Enige aandoening, ziekte of gebrek, hier niet genoemd | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | _____ |
| | Zo ja, welke | | | _____ |
| 3 | Wordt u thans nog behandeld | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | Zo ja, door wie en waarvoor | | | _____ |
| 4 | Staat u thans nog onder controle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | Zo ja, door wie en waarvoor | | | _____ |
| 5 | 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 | |
| 6 | Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| 7 | Bent u goed bestand tegen flinke inspanning (trappenklimmen, sport enzovoorts) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| 8 | Heeft u in het verleden ziekten en/of ongevallen gehad, waardoor u langer dan twee weken uw werk heeft moeten verzuimen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | Zo ja, welke ziekten, wanneer en hoe lang | | | _____ |
| | Heeft u een arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | a Bent u thans volledig arbeidsgeschikt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | b Geniet u een uitkering krachtens één der sociale wetten | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nee | |
| | Zo ja, welke | | | _____ |
| 9 | Wanneer heeft u voor het laatst een arts geraadpleegd | | | _____ |
| | Welke arts en waarvoor | | | _____ |
| 10 | Wie is uw huisarts | | | _____ |
| | Sinds wanneer | | | _____ |

- 11 Bent u weleens geweest bij een specialist, fysiotherapeut, psycholoog, psychotherapeut, consultatiebureau, hulpverlenersbureau of beoefenaar van een additieve geneeswijze (bijvoorbeeld homeopathie, acupunctuur, manueeltherapie) Ja Nee
- Zo ja, bij wie, waar, wanneer en waarvoor _____
- 12 Bent u weleens in een ziekenhuis, sanatorium of inrichting opgenomen geweest Ja Nee
- Zo ja, wanneer, waarvoor en hoe lang _____
- 13 Heeft u ooit een ongevalsletsel gehad Ja Nee
- Zo ja wanneer (bij breuken: doorlopend in gewrichten) _____
- Wat waren de gevolgen _____
- Bent u volledig hersteld Ja Nee
- 14 Heeft u ooit een operatie ondergaan Ja Nee
- Zo ja, wanneer, waarvoor en door wie bent u behandeld _____
- 15 Heeft u een kuur gedaan met rust, dieet of inspuitingen Ja Nee
- Zo ja, wanneer, hoelang en waarvoor _____
- Houdt u thans een dieet Ja Nee
- 16 Gebruikt(e) u geneesmiddelen Ja Nee
- Zo ja, welke, in welke dosis en wanneer _____
- 17 a Is er röntgen- of echografisch onderzoek bij u gedaan Ja Nee
- Zo ja, waarvan, wanneer en wat was de uitslag _____
- b Bent u bestraald Ja Nee
- c Is er weleens een electrocardiogram van u gemaakt Ja Nee
- Zo ja, waarom, wanneer en wat was de uitslag _____
- 18 Heeft u weleens een periodiek geneeskundig onderzoek of check up ondergaan Ja Nee
- Zo ja, waarom, wanneer en met welk resultaat _____
- 19 Is uw bloed weleens onderzocht (bijvoorbeeld op suikerziekte, nierziekte, hepatitis (geelzucht), SOA (zoals syfilis en gonorrhoe), HIV en cholesterol) Ja Nee
- Zo ja, waarop, wanneer, waarom en met welk resultaat _____
- 20 Hoe is de slaap, de eetlust, de ontlasting, de urinelozing _____
- 21 Gewoonten (thans, maar ook in het verleden)
- a Rookt(e) u Ja Nee
- Zo ja, hoeveel per dag _____
- Sinds welke leeftijd _____
- b Indien gestopt met roken, wanneer _____
- c Gebruikt(e) u alcohol Ja Nee
- Zo ja, welke dranken en hoeveel per dag _____
- d Gebruikt(e) u drugs Ja Nee
- Zo ja, welke, wanneer en op welke wijze _____
- 22 a Afgekeurd bijvoorbeeld voor een betrekking of bloeddonorschap Ja Nee
- Zo ja, waarom _____
- b Voor enige verzekering gekeurd Ja Nee
- Zo ja, welke verzekeraar en wat voor verzekering _____
- c Is de verzekering steeds tot stand gekomen Ja Nee
- d Steeds aangenomen op de normale voorwaarden Ja Nee
- Zo nee, tegen hogere premies, verkorting van duur of met beperkende bepalingen _____

23 Zijn er omstandigheden met betrekking tot uw gezondheid en werkkraft thans of in het verleden, die bij de beantwoording van bovenstaande vragen niet werden vermeld

Ja Nee

Zo ja, gaarne omschrijving _____

24 Alleen voor vrouwen

a Menstruatiestoornissen

Ja Nee

b Gynaecologische aandoeningen

Ja Nee

c Indien zwangerschap bestaat, sedert wanneer _____

Handtekening
kandidaat-verzeerde

Handtekening
keurend arts

Identiteit van de kandidaat-
verzeerde vastgesteld
aan de hand van

Geldig paspoort

Geldige Europese identiteitskaart

Geldig Nederlands rijbewijs

Afgegeven onder nummer _____

ALGEMEEN ONDERZOEK

25 Welke indruk maakt betrokkene op u

a lichamelijk (postuur, gezond enzovoorts) _____

b geestelijk (rustig, gespannen enzovoorts) _____

26 Gewicht (zonder kleren)

_____ kg

a Laatste jaar toegenomen

_____ kg

b Laatste jaar afgenomen

_____ kg

c Lengte (zonder schoenen)

_____ cm

27 a Zijn er afwijkingen aan huid, lymfklieren, schildklier

Ja Nee

Zo ja, welke _____

b Zijn er afwijkingen aan de mammae (anamnestisch)

Ja Nee

Zo ja, welke _____

28 Afwijkingen van de rug en wervelkolom (kyphose, lordose scoliose, spiertonus, functie, klopp of schokpijn, Lasège enzovoorts)

Ja Nee

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

Ja Nee

a Stijve, slecht bewegende, gezwollen gewrichten

Ja Nee

30 Zijn er afwijkingen van het zenuwstelsel (pees-, buik-, voetzoolreflexen)

Ja Nee

Zijn deze symmetrisch, path. reflexen, tremoren, hoe is de evenwichtszin _____

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

Ja Nee

a Hoe is het gezichtsvermogen

Zonder correctie Linker oog _____ Rechter oog _____

met correctie Linker oog _____ Rechter oog _____

Welke correctie Linker oog _____ Rechter oog _____

b Hoe is het gehoor (fluisteren in meters)

Linker oor _____ m Rechter oor _____ m

32 Afwijkingen aan mond, neus, keel, stem of spraak

Ja Nee

33 Hart en bloedvaten

a Hoe is de pols (kwaliteit, frequentie, (regelmatig, aequaal)) _____

b Hoe is de bloeddruk

Systolisch _____ Diastolisch _____

Wilt u indien de tensie te hoog is, deze op een voor betrokkene rustig moment, nog eens opnemen, eventueel Diastole is bij verdwijnen/zachter worden van tonen opgegeven

Tweedee bepaling

Na rust

Volgende ochtend

Na rust

Systolisch _____ Diastolisch _____

c Waar is de hartstoot te voelen

Bij twijfelgevallen afstand in cm van mediastlijn aangeven.

Is deze zichtbaar of heffend, uitbreiding Ja Nee

d Vindt u afwijkingen bij percussie (vergroting) of auscultatie (omschrijving en gradering van geruisen) van het hart Ja Nee

Onderzoek bij twijfel ook in zittende houding. Doe steeds een functieproef en ga na hoelang de adem kan worden ingehouden. Vermeld uitkomsten hiervan

e Afwijkingen aan buik-, been-, of voetarterieën Ja Nee

f Veranderingen aan de venea (varices) Ja Nee

Zo ja, aard, plaats en toestand van de huid

g Is er aan de benen of op andere plaatsen oedeem Ja Nee

34 Borstkas en longen

a Hoe is de vorm en beweeglijkheid van de borstkas, afwijkingen (symmetrisch, ruim beweeglijk) Ja Nee

b Hoe is de percussie en beweeglijkheid van de longgrenzen

c Hoe is de auscultatie, verlengd expirium

d Vindt u tekenen van emphyseem (indien er een hoestprikkel is, heesheid, versnelde ademhaling enzovoorts dan graag beschrijving)

35 Buik en geslachtsorganen

a Vindt u afwijkingen aan buikwand of buikinhoud (lever of milt voelbaar) Ja Nee

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

c Zijn er afwijkingen aan penis, testes, epididymides (anamnestisch) Ja Nee

d Zijn er afwijkingen aan of om de anus (anamnestisch) Ja Nee

Bij Internistenkeuring zie voor vraag 36 en 37 de begeleidende brief.

36 Urine-onderzoek

a Is de urine inderdaad door de betrokkene geloosd Ja Nee

b 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 (bij lever en/of miltzwelling onderzoek op urobilinurie)

c Welke onderzoeksmethode is gebruikt

d Eiwit

e Suiker

f Kleur

g Sediment

37 Bloedonderzoek HIV (Elisa) ¹

(Totaal) cholesterol ² mmol/l

Glucose mmol/l

38 a Heeft u nog iets omtrent de gezondheidstoestand van de betrokkene op te merken Ja Nee

Zo ja, wat

b Heeft u de indruk dat de betrokkene, de vragen over diens voorgeschiedenis, volledig en juist heeft beantwoord Ja Nee

c Wat is op grond van de anamnese en de uitkomsten van het onderzoek uw conclusie over de gezondheid van de betrokkene

39 Algemene opmerkingen/ruimte voor extra toelichting

¹ Indien de HIV-test positief uitvalt, dient deze herhaald te worden en een herhaald positieve uitslag dient bevestigd te worden door een Western Blot-test, uit te voeren door Het Centraal Laboratorium voor de Bloedtransfusie te Amsterdam, dan wel door één van de centra waarmee uw laboratorium reeds een reguliere relatie heeft.

² Indien het totaal Cholesterol > 6,5 mmol/l bedraagt, gaarne aanvullend de bepaling van het HDL-Cholesterol (laten) verrichten.

U kunt desgewenst 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.

Bovenstaand onderzoek had plaats op _____ 20 _____ om _____ uur

Stempel en handtekening
keurend arts _____

Giro/bankrekeningnummer _____ onder vermelding van _____

Ten name van _____ Te _____

Het honorarium is conform de tarieven COTG.

VERKLARINGEN KANDIDAAT-VERZEKERDE

ONDERTEKENING

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

Ik ben door de keurend arts op de hoogte gesteld van het doel en gebruik van deze keuring. Ik verklaar dat ik geen bezwaar heb tegen doorzending van dit rapport aan de medisch adviseur van REAAL Levensverzekeringen.

B Ik wens gebruik te maken van het recht om indien de medisch adviseur voornemens is REAAL Levensverzekeringen te adviseren de verzekering te sluiten tegen een hogere premie dan wel op (één of meer) andere voorwaarden dan de gebruikelijke, dan wel de verzekering te weigeren, als eerste van de medische adviseur dit advies aan REAAL Levensverzekeringen te vernemen.

Ja Nee

AKKOORDVERKLARING

Uitsluitend in te vullen, indien HIV-test deel uitmaakt van de keuring.

C Ik verklaar akkoord te gaan met het onderzoek van mijn bloed, het welke onder andere bestaat uit een test op anti-stoffen 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 aan geeft. 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 arts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Handtekening
kandidaat-verzekerde _____

MACHTIGING TOT OPVRAGEN VAN MEDISCHE GEGEVENS

Kandidaat-verzekerde

Naam _____ Geboortedatum _____

geeft hierbij toestemming aan zijn/haar specialist/huisarts om de benodigde medische gegevens te verstrekken aan de medisch adviseurs van REAAL Levensverzekeringen, betreffende de volgende aandoening(en):

Naam huisarts _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Naam specialist _____

Werkzaam in ziekenhuis _____

Adres ziekenhuis _____

Postcode _____ Vestigingsplaats _____

Handtekening
kandidaat-verzekerde _____