

Medisch rapport

Naam producent:
 Nummer producent:
 Adres:
 Postnummer + woonplaats:
 Tel.:
 Fax:
 Offertenummer:
 Uw referte:
 Naam en voornaam verzekeringsnemer:

1/ Verzekerde

a/ Naam en voornaam:
 Geboortedatum:/...../.....
 b/ Adres:
 c/ Postnummer + woonplaats:
 d/ Huidig beroep:
 Vorig beroep: Tot:/...../20.....
 Bent u ooit om gezondheidsredenen van beroep veranderd?
 Neen Ja
 e/ Regelmatig beoefende sporten:
 f/ Hebt u in het buitenland verbleven of overweegt u er te verblijven?
 (enkel van toepassing buiten Europa en Noord-Amerika)
 Neen Ja, in
 Wanneer en hoelang?.....

g/

	In leven	Overleden	
	Gezondheids- toestand	Leeftijd bij overlijden	Oorzaak overlijden
Vader			
Moeder			
Broer(s)			
Zus(sen)			
Echtgeno(o)t(e)			
Kind(eren)			

h/ Kent u in uw familie (vader, moeder, broers, zusters) gevallen van tuberculose, suikerziekte, vallende ziekte, hypertensie, zenuw- of geestesziekte, zelfmoord, hartaandoeningen, kanker?
 Specificeer de verwantschapsband en de ziekte.

2/ Algemene gegevens

a/ Lengte: cm
 Gewicht: kg
 Onderging uw gewicht de laatste drie jaar wijzigingen?
 Neen Ja Verhoging: kg Vermindering: kg
 b/ Dagelijkse consumptie:
 Bier: glazen Wijn: glazen
 Sterke drank: glazen Aperitief: glazen

c/ Hoeveel rookt u per dag?
 sigaretten cigarillo's sigaren pijpen
 d/ Gebruikt u momenteel genees- en/of verdovende middelen of hebt u ze gebruikt?
 Neen Ja. Indien ja, welke?
 Reden?
 e/ Werd u als invalide erkend?
 Neen Ja. Indien ja, reden?
 Graad:.....%, sinds/...../20.....
 f/ Werd u voor een levens-, een invaliditeits-, een ongevallen- of een ziektekostenverzekering geweigerd, uitgesteld of aanvaard aan speciale voorwaarden?
 Neen Ja. Indien ja, wanneer?
 Reden?
 Maatschappij?
 g/ Bent u op het ogenblik arbeidsongeschikt?
 Neen Ja
 h/ Bent u bestand tegen flinke inspanningen (trappen lopen, sport)?
 Neen Ja
 i/ Geniet u momenteel medische verzorging?
 Neen Ja
 Indien ja, welke?
 Waarom?
 j/ Bent u in de loop van de laatste 5 jaren meer dan 3 opeenvolgende weken behandeld geweest of arbeidsongeschikt geweest?
 Neen Ja. Indien ja, wanneer?
 Waarom?
 k/ Werd u ooit in het ziekenhuis opgenomen of is er een ziekenhuisverblijf te overwegen?
 Neen Ja. Indien ja, wanneer?
 Waarom?
 l/ Hebt u in de loop van de laatste 12 maanden een arts geraadpleegd?
 Neen Ja. Indien ja, wanneer?
 Waarom?

3/ Aandoeningen

Hebt u of hebt u ooit gehad? Neen Ja

a/ aandoeningen van oren, ogen, mond, neus of keel

b/ pleuritis, astma, bronchitis, hoesten, andere longaandoeningen of aandoeningen v/d luchtwegen

c/ ziekten van hart of bloedvaten, beklemming of pijn op de borst

d/ hartkloppingen, kortademigheid, verhoogde bloeddruk

e/ suikerziekte, schildklier-aandoening, jicht, verhoogd cholesterolgehalte

f/ aandoening van slokdarm, maag, darmen, galblaas, lever

g/ aandoening van nieren, urinewegen, blaas- en geslachtsorganen

h/ suiker, eiwit of andere afwijking in de urine

i/ aandoeningen van ledematen (breuken inbegrepen) of gewrichten, acuut of chronisch reuma, spier- of zenuwpijnen, zenuwontsteking

j/ rugklachten, lumbago, hernia, ischias, kromme rug, tenniselleboog

k/ stress, overspanning, zwaarmoedigheid, depressie, chronisch vermoeidheidssyndroom, zenuwziekte, dystonie, vallende ziekte of andere ziekten van het zenuwstelsel

- l/ (kinder-)verlamming, duizelingen, hyperventilatie
- m/ bloedziekten, bloedarmoede, klierziekte
- n/ huidaandoeningen, allergie, fistels
- o/ trombose, spataderen, kuitpijn bij het lopen
- p/ tropische ziekten, AIDS
- q/ enige aandoening, ziekte, invaliditeit of gebrek, hier niet genoemd

Indien er JA geantwoord werd op één van de vorige vragen, geef dan onder de rubriek "6. TOELICHTING" aan over welke ziekte het gaat (wanneer, duur, datum van genezing, behandeling, gevolgen en andere bemerkingen). In geval van gezichtsstoornissen geeft u de aard, graad en correctie aan.

4/ Behandelingen

- | | Neen | Ja |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a/ Hebt u een heelkundige ingreep ondergaan of is er een zekere ingreep te overwegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b/ Hebt u een behandeling met radioactieve bestanddelen of een chemotherapie ondergaan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c/ Was u het slachtoffer van ongeval of vergiftiging? In geval van een schedeltrauma, duidt aan of er coma of bewusteloosheid was, evenals de duur daarvan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien er JA geantwoord werd op één van de vorige vragen, preciezer dan onder de rubriek "6. TOELICHTING" over welke ingreep, behandeling of ongeval het gaat.

5/ Onderzoeken

Onderging u tijdens de laatste 5 jaren één van de volgende onderzoeken?

- | | Neen | Ja |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| elektrocardiogram | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| röntgen- of MNR/MRI-onderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| bloedonderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| AIDS-test | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| urine-onderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| scanner-onderzoek | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| check-up | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| andere, nl..... | | |

Indien er JA geantwoord werd op één van de vorige vragen, preciezer dan onder rubriek "6. TOELICHTING" het onderzoek dat u onderging (wanneer, waarom, resultaat).

6/ Toelichting

Indien er JA geantwoord werd op één van de vragen onder 3, 4 of 5 geef dan precies aan over welke ziekte, operatie of ongeval het gaat (wanneer, duur, datum van genezing, gevolgen en andere bemerkingen). In geval van gezichtsstoornis geef de aard, graad en correctie aan.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

7/ Overige problemen

a/ Hebt u problemen met een van de volgende zaken?

- | | Neen | Ja | Indien ja, welke? |
|----------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| de slaap | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| de eetlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| de ontlasting | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| de urinelozing | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

b/ Zijn er andere factoren, omstandigheden of inlichtingen over uw gezondheid of levenswijze die hierboven niet uitdrukkelijk werden aangehaald en die van belang zijn voor de aanvaarding van deze verzekering?

.....

8/ Enkel voor vrouwelijke patiënten

- a/ Lijdt u aan of hebt u ooit geleden aan een gynaecologische aandoening of een aandoening aan de borsten?
 Neen Ja. Indien ja, welke?
- b/ Hebt u kinderen? Neen Ja. Indien ja, hoeveel?
- c/ Bent u zwanger?
 Neen Ja. Indien ja, hoeveel maanden?
- Indien ja, datum laatste maandstonden
- d/ Hebt u ooit één of meerdere miskramen gehad?
 Neen Ja. Indien ja, hoeveel?
- Wanneer?
- e/ Gebruikt u de anticonceptiepil? Neen Ja

9/ Enkel voor mannelijke patiënten

- a/ Lijdt u aan of hebt u geleden aan een prostaataandoening?
 Neen Ja
- b/ Werd u ongeschikt verklaard voor legerdienst?
 Neen Ja. Indien ja, wanneer?
- Waarom?

10/ Ondertekening

Opgemaakt te op/...../20.....

De bovenvermelde verklaringen moeten als basis van het verzekeringscontract dienen. De kandidaat-verzekerde verklaart dat ze oprecht en waarachtig zijn, zelfs als hij/zij ze niet eigenhandig heeft geschreven.

Handtekening van de te verzekerden persoon, te plaatsen in aanwezigheid van de arts.

De hierboven vermelde vragen werden aan de kandidaat-verzekerde gesteld en de antwoorden komen overeen met zijn/haar verklaringen. Handtekening en stempel of naam en adres van de arts.



1/ Algemeen

	Neen	Ja	Zo ja, toelichting
a/ Bent u de huisarts van de kandidaat-verzekerde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indien neen, naam en adres van de huisarts:.....			
.....			
b/ Bent u aan de kandidaat-verzekerde verwant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Heeft u de kandidaat-verzekerde vroeger reeds behandeld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d/ Ziet de kandidaat-verzekerde er ongezond uit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e/ Kunnen de activiteiten of de gewoonten van de kandidaat-verzekerde een nadelige invloed hebben op zijn gezondheid?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f/ Zijn er tekenen van misbruik van alcohol, tabak, geneesmiddelen of verdovende middelen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g/ Zijn er erfelijke afwijkingen of afwijkingen in de groei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h/ Zijn er misvormingen (borstkas, wervelkolom, ledematen, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i/ Ondergaat de kandidaat-verzekerde momenteel een behandeling?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2/ Grootte en gewicht

a/ Lengte: cm met/zonder schoenen
 b/ Gewicht: kg aan-/uitgekleed
 c/ Borstomtrek: cm bij diepe inademing
 cm bij diepe uitademing
 d/ Buikomtrek: cm

3/ Huid

Bemerkt u	Neen	Ja
a/ Geelzucht of cyanose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Uitslag, gezwellen, spataders, oedeem, littekens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Gezwollen lymfeklieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, oorzaak:.....		

4/ Ademhalingsstelsel

	Neen	Ja	
a/ Is de ademhaling beperkt of asymmetrisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b/ Is de stem hees?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c/ Toont uw onderzoek een afwijking aan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welke?

5/ Hart en bloedsomloop

	Neen	Ja	
a/ Is de hartstreek vergroot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b/ Zijn er storingen in het hartritme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c/ Zijn de harttonen abnormaal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensiteit:
d/ Is er een hartgeruis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e/ Hoe verspreidt het zich? Uitstraling?		
f/ Is het geruis organisch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnose:.....
g/ Is er een afwijking van de pulsus radialis, pulsus carotis, pulsus femoralis, pulsus tibialis posteriori, pedis pulsus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zo ja, waar en wat is de oorzaak?			
h/ Zijn er storingen van het aderstelsel, oedeem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i/ Bloeddruk: Systolische: Diastolische:	Behandeld:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen Polsslag: / minuut
Indien bloeddruk hoger was dan 15/9 of indien polsslag meer dan 90 bedroeg, gelieve een tweede meting te doen op het einde v/h onderzoek.			
Eventuele controle:			
Bloeddruk: Systolische: Diastolische: Polsslag: / minuut			

6/ Spijsverteringsstelsel

	Neen	Ja	
a/ Zien de tong, de keelholte en de amandelen er abnormaal uit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Voelt de buik abnormaal aan bij de betasting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Is de lever vergroot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoeveel?..... cm Consistentie:
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weinig <input type="checkbox"/> gemiddeld <input type="checkbox"/> veel
d/ Is de milt vergroot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oorzaak:
e/ Is er een breuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waar?

✂-----

7/ Beenderen, gewrichten en bindweefsel

- | | Neen | Ja | Indien ja, welke? |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| a/ Blijkt er een afwijking uit het onderzoek? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b/ Is er pijn bij druk op of bij beweging van de wervelkolom? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
-

8/ Zenuwstelsel

- | | Neen | Ja | Indien ja, welke? |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------|
| a/ Zijn er symptomen die op een aantasting v/h zenuwstelsel wijzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b/ Zijn er gedragsstoornissen of tekenen die op een psychiatrische aandoening wijzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
-

9/ Zintuigen

- | | Neen | Ja | |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------|
| a/ Bestaat er een aandoening van de ogen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| In geval van myopie, gaat het om een ernstige vorm? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Voor verbetering L.O..... R.O..... |
| b/ Bestaat er een aandoening van de oren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welke? |
| Is er een vermindering van de gehoorscherppte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indien ja, gelieve toe te lichten..... |
-

10/ Genitale organen en urinewegen

- | | Neen | Ja | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| a/ Urine-onderzoek (het staal wordt door de geneesheer afgenomen) | | | |
| - albumine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eventuele dosering: g/l |
| - suiker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eventuele dosering: g/l |
| - bloed | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - etter | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - andere abnormale bestanddelen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b/ Voor de man: zijn er tekenen van een aandoening van de geslachtsorganen (penis, teelballen, bijballen, prostaat)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indien ja, welke? |
| c/ Voor de vrouw: zijn er tekenen van zwangerschap, van aandoening van de geslachtsorganen of abnormale wijziging van de borsten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indien ja, welke? |
-

11/ Andere onderzoeken

Welk is het resultaat van andere door de kandidaat-verzekerde ondergane of door hem meegebrachte onderzoeken?

12/ Besluit

- | | Neen | Ja | Indien ja, waarom? |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| a/ Bent u van oordeel dat de levensverwachting van de kandidaat-verzekerde verminderd is? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b/ Maakt u voorbehoud wat het totaal of gedeeltelijke invaliditeits- of arbeidsongeschiktheidsrisico betreft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c/ Bijzondere opmerkingen of suggesties | | | |
-

Belangrijk: ZA Verzekeringen N.V. vraagt aan de geneesheer geen enkele opmerking te maken, die zou vooruitlopen op het besluit van de verzekeraar, in het bijzijn van de kandidaat-verzekerde of van de verzekeringsproducent.
De kosten van een geneeskundig onderzoek worden betaald door ZA Verzekeringen N.V., evenwel beperkt tot het BVVO-tarief, en bij gebreke aan het RIZIV-tarief. Overeenkomstig het KB van 17 december 1992 betreffende de levensverzekering zullen de kosten van het medisch onderzoek gedragen worden door de kandidaat-verzekeringnemer indien de verzekering niet onderschreven wordt na gunstig onderzoek dat geen enkele wijziging van de verzekerings- en/of premievoorwaarden tot gevolg had.

Handtekening:

Datum onderzoek:/...../20.....

Nota ereloon

Onderzoek op naam van:

Naam geneesheer:

Adres:

Postnummer + woonplaats:

Tel:

Honorarium van..... euro, te storten op bankrekening