

Úfyllist af sjúklingi

## ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn sjúklings \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_  
Heimasími \_\_\_\_\_ Vinnusími \_\_\_\_\_ GSM \_\_\_\_\_ Netfang \_\_\_\_\_  
Vinnustaður \_\_\_\_\_ Starfsheiti \_\_\_\_\_ Starfshlutfall \_\_\_\_\_ %  
Stéttarfélag \_\_\_\_\_ Lífeyrissjóður \_\_\_\_\_  
Nafn váttryggingartaka (ef annar en sjúklingur) \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

## UPPLÝSINGAR UM VEIKINDIN

Heiti sjúkdóms \_\_\_\_\_  
Hvenær komu einkenni fyrst fram? \_\_\_\_\_ Hver var fyrsti veikindadagur með fjarveru úr vinnu? \_\_\_\_\_  
Lýsing á sjúkdómseinkennum og áhrifum á líkamlega/andlega heilsu (ítarleg) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tengjast veikindin neyslu áfengis eða lyfja?  Já  Nei Ef já, lýsið nánar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Tengjast veikindin fyrri sjúkdómum eða slysum?  Já  Nei Ef já, hvernig? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Hvert er hlutfall óvinnufærni?  100%  75%  50%  25%  Vinnufær að fullu  
Hversu lengi gerir þú ráð fyrir að vera óvinnufær? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## LÆKNISMEÐFERÐ

Hvenær var fyrst leitað meðferðar vegna veikindanna? \_\_\_\_\_  Hef ekki leitað læknis / meðferðar  
Hvert var leitað í upphafi veikinda? \_\_\_\_\_  
Nafn heimilislæknis \_\_\_\_\_ Aðsetur \_\_\_\_\_  
Nöfn og aðsetur annarra lækna / meðferðarstofnana \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## FYRRA HEILSUFAR

Varstu heilsuhraust(ur) og að fullu vinnufær áður en veikindin komu upp?  Já  Nei  Örorkulífeyrisþegi  
Hefurðu áður fengið sama/sambærilegan sjúkdóm?  Já  Nei  Hvenær síðast? \_\_\_\_\_  
Hefur þú áður legið á sjúkrahúsi vegna veikinda eða slysa?  Já  Nei  Hefur þú verið metinn til örorku?  Já  Nei   
Nánari skýringar \_\_\_\_\_

Úfyllist af sjúklingi

## AÐRAR UPPLÝSINGAR

---

---

---

---

---

Undirrituð/aður votta hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt minn.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ kt. \_\_\_\_\_

---

Staður og dagsetning

---

Undirskrift sjúklings

## Úfyllist af tjónþola

Ég heimila Sjóvá að afla allra upplýsinga og gagna frá læknum, sjúkrastofnunum og öðrum meðferðaraðilum er varða heilsufar mitt og einnig fyrri/síðari sjúkdóma og slys sem félagið telur geta skipt máli við mat á bótakröfu þessari. Í framangreindu felst meðal annars heimild til aðgangs að hvers kyns upplýsingum í sjúkraskrá minni eftir því sem félagið telur nauðsynlegt. Jafnframt heimila ég Sjóvá að afla allra nauðsynlegra upplýsinga og gagna frá Sjúkratryggingum Íslands og Tryggingastofnun ríkisins, lífeyrissjóðum, sjúkrasjóðum stéttarfélagi, skattfyrirvöldum, núverandi

eða fyrrverandi vinnuveitanda, Vinnueftirliti ríkisins, lögreglu og frá vátryggingafélögum eftir því sem þörf krefur til ákvörðunar bótaréttar og bótafjárhæðar.

Í framangreindri yfirlýsingu felst upplýst samþykki til vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga skv. lögum nr. 77/2000, en unnt er að afturkalla það með skriflegri yfirlýsingu til félagsins. Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál og aðgangur ekki veittur að þeim umfram það sem nauðsynlegt er vegna vinnslu málsins nema samkvæmt skýru umboði. Ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt minn.

Tjónsdagsetning

Staður og dagsetning

Undirskrift tjónþola

Kennitala