

Nafn:

Kennitala:

## ASTMI

1. Hefur þú nú/áður þjáðst af astma? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær komu einkenni fyrst fram?

2. Hversu oft koma fram einkenni?

a) Tengjast einkennin einhverju sérstöku?

b) Hvenær komu einkenni síðast fram?

3. Hversu alvarleg eru köstin og hversu lengi standa þau yfir?

4. a) Tekur þú lyf vegna astmans? ☐ Nei ☐ JáEf já, ☐ Reglulega ☐ við einkennum

Í hvaða skömmtum?

b) Hefur þú lyf við hendina ef þú færð kast? ☐ Nei ☐ Jác) Færð þú eða hefur þú fengið prednisólontöflur eða svipaðar töflur (barksterahormón)? ☐ Nei ☐ Já

5. Hvaða lækni/sjúkrastofnun hefur haft þig til meðhöndlunar?

6. Þjáist þú af einhverjum öðrum sjúkdóm s.s. öðrum öndunarfærasjúkdóm eða hjartasjúkdóm? ☐ Nei ☐ Já7. Hefur þú nú/áður fengið greiddar einhverskonar bætur? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar og ástæðu fyrir þeim

8. Reykir þú eða hefur þú reykt? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hversu mikið daglega

Reykt frá  hætt mán/ár 

9. Annað

## Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirrituð/áður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og nákvæmar og þær, ásamt váttryggingarbeiðni og skilmálum Sjóvár eru grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og félagsins. Ég samþykki að ráðgjafalæknir félagsins megi leita upplýsinga hjá þeim sjúkrahúsum og læknum sem mig hafa stundað.

Ég staðfesti einnig að heilsufar mitt er óbreytt frá undirritun umsóknar.

Undirskrift umsækjanda

Dagsetning