

GIGT

1. Hvaða tegund af gigt þjáist þú af?
2. Hvenær greindist þú?
3. Hefur þú farið í röntgen/myndatöku eða einhverjar aðrar rannsóknir? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær/hvar og niðurstöður þeirra rannsókna?
4. a) Lýstu einkennum þínum?
b) Hvenær varð einkenna fyrst vart?
c) Hversu oft verður þú var/vör við einkenni t.d. sl. 12 mánuði?
d) Frá hvaða liðamótum eru einkenni?
e) Hefur þetta áhrif á hreyfigetu þína. ☐ Nei ☐ Já
Ef já, útskýrðu nánar:
f) Notar þú einhver hjálpartæki s.s. staf, hækju? ☐ Nei ☐ Já
5. Hefur þú farið í aðgerð eða er aðgerð fyrirhuguð? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær, nafn lækis sem framkvæmir/framkvæmdi aðgerð og aðsetur hans:
6. Lýstu meðferð, nöfnum og skammtastærðum lyfja ef einhver eru?
a) Í dag:
b) Áður fyrr:
c) Hefur þú nú/áður fengið meðhöndlun með sterum?
7. a) Nöfn/aðsetur lækna/sjúkrastofnunar sem hefur haft þig til meðferðar?
b) Hversu oft ferð þú í eftirlit?
c) Hvenær fórst þú síðast?
8. Hefur þú verið frá vinnu vegna þessa? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, nákvæm lýsing s.s. hvenær, hversu lengi varst þú frá vinnu:
9. Annað

Eigin yfirlýsing og undirskrift

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

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

Undirskrift umsækjanda

Dagsetning