

Nafn:

Kennitala:

LIFRA- OG GALLBLÖÐRUSJÚKDÓMAR

1. Hefur þú nú/áður verið með einkennum frá lifur eða gallblöðru? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær fannst þú fyrst fyrir einkennum?

2. Lýstu helstu einkennum og hversu oft þau koma fram?

3. Hefur þú leitað til læknis /sjúkrastofnana vegna vandamálsins? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær og hvar?

Hver var greiningin?

4. Hefur þú nú/áður fengið einhverskonar meðferð? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða? Vinsamlegast tilgreindu bæði lyfjameðferðir og skurðaðgerðir ef við á.

5. Er aðgerð fyrirhuguð? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða aðgerð?

6. 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 sjúkrahúsum og læknum sem mig hafa stundað.

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

Undirskrift umsækjanda

Dagsetning