

Nafn:

Kennitala:

## MIGRENI

1. Hvenær komu einkenni migrenis fyrst fram?
2. Hversu oft færð þú migreniköst?
3. Hversu lengi standa þau yfir?
4. Hefur þeim fjölgað undanfarið? . . . . . ☐ Nei ☐ Já  
Ef já, útskýrðu nánar
5. Lýstu einkennum stuttlega?
6. Hefur þú leitað til lækis/sjúkrastofnunar vegna þessa? . . . . . ☐ Nei ☐ Já  
Ef já, hvar og hvenær, nefndu lækni og aðsetur hans
7. Hefur þú farið í einhverjar rannsóknir vegna þessa? . . . . . ☐ Nei ☐ Já  
Ef já, hvenær, hvaða rannsóknir og helstu niðurstöður?
8. Notar þú einhver lyf við migreninu? . . . . . ☐ Nei ☐ Já  
Ef já, hvaða lyf og skammtar
9. Er vitað um undirliggjandi orsök migrenisins?
10. Er bati alger eða að hluta?
10. Annað

## Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirrituð/aður 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