

Nafn:

Kennitala:

NÝRNA OG ÞVAGFÆRASJÚKDÓMAR

1. Hefur þú nú/áður fengið sýkingu eða fundið fyrir einkennum frá nýrum eða þvagfærakerfi? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær varst þú fyrst var við einkennin?

2. Hefur þú leitað til læknis vegna vandamálsins? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hver var greiningin?

3. Hefur þú nú/áður fengið einhverskonar meðferð vegna vandamálsins? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, lýstu nánar:

4. Er aðgerð fyrirhuguð? ☐ Nei ☐ Já

5. Er bati alger eða að hluta?

Ef alger, þá síðan hvenær?

6. Ef einhver einkenni eru enn til staðar þá vinsamlega gefið nánari lýsingu á þeim?

7. Ef vitað: Hverjar eru nýjustu niðurstöður þvagrannsóknar og blóðþrýstings?

8. 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