

Nafn:

Kennitala:

SYKURSÝKI

1. Ert þú með/hefur þú haft sykursýki eða greinst með hækkaðan blóðsykur? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða tegund af sykursýki ert þú greind/ur með?

Hvenær greindist þú?

2. Er sykursýkinni haldið niðri með,

a. ☐ eingöngu breytingu á fæðu? b. ☐ fæðu og lyfjum? c. ☐ fæðu og insúlíni?

d. Ef lyf, heiti þess, síðan hvenær mán/ár?

3. Til hvaða sjúkrastofnunar/lækna hefur þú leitað til vegna sykursýkinnar?

Nöfn og aðsetur?

4. Hversu oft ferð þú í eftirlit hjá lækni/sjúkrastofnun?

5. Hafa einhverjar breytingar verið gerðar á meðferðinni sl. 3 ár? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hverjar?

6. Hversu oft mælir þú blóðsykurinn? ☐ a. ☐ með blóðsýni b. ☐ með þvagsýni

7. Hverjar eru meðaltalsniðstöður þeirra mælinga?

8. Hefur þú einhver tíman misst meðvitund vegna of háslágs blóðsykurs? ☐ Nei ☐ Já

Ef já hvenær?

9. Hefur eitthvað af eftirfarandi komið upp?

a. Augnbreytingar eða sjón versnað vegna sjúkdómsins? ☐ Nei ☐ Jáb. Einkenni taugabólgu í höndum og/eða fótum (dofi eða sviði)? ☐ Nei ☐ Jác. Hækkun blóðþrýstings? ☐ Nei ☐ Jád. Léleg blóðrás í útlimum? ☐ Nei ☐ Jáe. Eggjahvíta í þvagi? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær og hvaða meðferð var beitt?

10. Hefur þú einhver tíman verið frá vinnu vegna þessa? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, þá hvenær og hversu lengi?

11. 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 megji 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