

Nafn:

Kennitala:

VANDAMÁL Í SKJALDKIRTLI

1. Hefur þú nú eða áður haft sjúkdóm /einkenni frá skjaldkirtli? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða?

2. Hefur þú fengið sjúkdómsgreiningu? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hverja?

3. Lýstu helstu einkennum?

Hversu oft gera þau vart við sig?

4. Hvenær fannst þú fyrst fyrir einkennum?

5. Hefur þú leitað til læknis/sjúkrastofnunar vegna vandamálsins? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær?

Gefðu upp nöfn og aðsetur lækna/sjúkrastofnunar:

6. Hefur þú nú eða áður fengið einhverja meðferð vegna þessa? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar

7. Lyf og skammtar?

8. Er bati alger eða að hluta?

9. Er fyrirhuguð aðgerð? ☐ Nei ☐ Já

Ef svo er, þá hvenær?

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 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