

Nafn:

Kennitala:

PUNGLYNDI, KVÍÐI OG AÐRIR GEÐSJÚKDÓMAR

1. Hefur þú nú eða áður haft þunglyndi, kvíða og/eða aðra geðsjúkdóma?

2. a) Lýstu einkennum stuttlega?

b) Hvenær komu þau fyrst fram? En síðast?

c) Hversu lengi stóðu þau yfir?

d) Hvað kom þeim af stað?

3. Meðferð:

a) Eftirlit hjá lækni, geðlækni, sálfræðingi? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, nafn og aðsetur:

b) Lyfjameðferð? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvaða lyf og hvaða skammtar?

c) Samtalsmeðferð? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, nafn og aðsetur:

d) Hefur meðferðinni verið breytt sl. þrjú ár? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvernig?

e) Hefur þú verið lagður/lögð inn á geðdeild? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvar, hvenær og hversu lengi?

f) Bati alger eða að hluta?

4. Nákvæm sjúkdómsgreining ef einhver er?

5. Hefur þú verið frá vinnu vegna þessa? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær og hversu lengi?

6. Hefur þú breytt um vinnustað sl. 3 ár? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, útskýrðu nánar:

7. Hefur þú reynt sjálfsvíg? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær?

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