

Góðkynja heilaæxli

Trúnaðarmál

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál

LÆKNISVOTTORÐ

Nafn læknis

Nafn váttryggðs: _____

Kennitala: _____

Heimilisfang: _____ P.nr.: _____

Heimasími: _____ Vinnusími: _____ Gsm: _____

Skírteinis númer: _____ Netfang: _____

Ráðgjafalæknir: Þorkell Guðbrandsson

Framangreind/ur er tryggð/ur hjá Sjóvá-Almennum með sjúkdómatryggingu. Bótaumsókn hefur komið fram vegna góðkynja heilaæxlis. Meðfylgjandi er skilgreining á góðkynja heilaæxli samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

Vinsamlega svarið eftirfarandi spurningum til þess að hægt sé að meta umsókn vátryggðs um bætur.

1. Almennar upplýsingar

1.1 Ertu lækni vátryggðs? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, yfir hvaða tímabil ná heilsufarsskýrslur vátryggðs?

1.2 Hvenær var fyrst leitað til þín vegna þessa sjúkdóms, og þá hve lengi höfðu einkenni /vísbendingar verið til staðar?

1.3 Hefur vátryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur er í meðfylgjandi skilmála um góðkynja heilaæxli eða öðrum skyldum sjúkdómum? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær leitað var til læknis og hver niðurstaða greiningar var.

1.4 Hvenær (hvaða dag) varð vátryggður fyrst var sjúkdómsins?

Undirskrift læknis _____

1.5 Ef váttryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

1.7. Tilgreindu ef um aðra markverða sjúkdóma í sögu váttryggðs hefur verið að ræða og hvenær (dagsetningar) þeir voru til staðar.

2. Upplýsingar um sjúkdóminn

2.1 Vinsamlegast gefðu fulla og nákvæma lýsingu á greiningunni.

2.2 a) Tilgreindu staðsetningu æxlisins

b) Tilgreindu niðurstöður vefjasýnis (PAD svar)

Vinsamlegast láttu afrit af niðurstöðu vefjarannsóknar (PAD svari) fylgja læknisvottorðinu.

2.3 Hefur æxlið verið fjarlægt að hluta eða öllu leyti með skurðaðgerð ? ☐ Nei ☐ Já

2.4 Á hvaða stigi var sjúkdómurinn við greiningu? Vinsamlega lýstu því með viðeigandi stigaflokkun.

a) Var sjúkdómurinn algerlega setbundinn (in situ) ?

b) Náði meinið til nærliggjandi vefja ?

c) Hafði meinið áhrif á nærliggjandi eitla ?

d) Var vart meinvarpa ?

Undirskrift læknis _____

2.5 Vinsamlegast getið um nöfn og aðsetur allra lækna, sérfræðinga eða sjúkrahúsa sem váttryggðum hefur verið vísað til eða hlotið meðferð hjá vegna þessa sjúkdóms.

Vinsamlegast sendið okkur afrit af viðeigandi sjúkrahúsaskýrslum sem til eru.

3. Frekari upplýsingar

3.1 Tilgreindu hér ef frekari upplýsingar eru til staðar, sem að þínu mati geta aðstoðað félagið við mat á bótaumsókninni.

3.2 Fellur sjúkdómur váttryggðs, að þínu mati, undir skilgreiningu tryggingarinnar á síðu 2 ?

Dagsetning _____

Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis: _____

(Undirrita þarf einnig síðu 2 og 3)