

LÆKNISVOTTORÐ

Heilaáfall/slag

SJÓVÁ

TRÚNAÐARMÁL - FARIÐ ER MEÐ ALLAR UPPLÝSINGAR SEM TRÚNAÐARMÁL

Læknir

Nafn _____

Grunnupplýsingar

Nafn _____

Kennitala _____ Heimilisfang _____

Póstnr. _____ Staður _____

Framangreind/ur er tryggð/ur hjá Sjóvá-Almennum líftryggingum með sjúkdómatryggingu. Bótaumsókn hefur komið fram vegna heilaáfalls/slags. Meðfylgjandi er skilgreining á heilablóðfalli/slagi samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar. Vinsamlegast svarið eftirfarandi spurningum til þess að hægt sé að meta umsókn váttryggðs um bætur.

1. Almennar upplýsingar

1.1 Ertu læknir váttryggðs? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, yfir hvaða tímabil ná heilsufarsskýrslur váttryggðs?

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

1.3 Hefur vátryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur er í meðfylgjandi skilmála um heilaáfall/slag, eða öðrum skyldum sjúkdómum eins og of háum blóðþrýstingi eða öðrum æðasjúkdómum? ☐ 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?

1.5 Er eitthvað í fjölskyldusögu vátryggðs sem gæti hafa aukið líkurnar á heilaáfalli/slagi?

1.6 Ef vátryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykningavenjur hans.

1.7 Tilgreindu ef um aðra markverða sjúkdóma í sögu vátryggðs 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 Vinsamlegast lýstu fyrstu einkennum áfallsins.

a) Lýsing áfalls

b) Dagsetning

c) Hve lengi vöruðu bráð einkenni

2.3 Hvenær er reiknað með að vátryggðu nái aftur fyrri getu?

2.4 Lýstu núverandi takmörkunum vátryggðs (líkamlegum og geðrænum).

2.5 Lýstu einkennum frá miðtaugakerfi sem stóðu yfir lengur en í einn sólahring.

a) Eru einkennin varanleg?

2.6 Var blæðing eða blóðrek í heila eða drep í heilavef?

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

2.8 Tilgreindu niðurstöður röntgenmyndataka, sneiðmynda (CT) eða segulómunar (MRI) auk annarra rannsókna.

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 sjúkdómatryggingarinnar?

Sjá meðfylgjandi skilmála um heilaáfall/slag.

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis _____