

Hjartalokuaðgerð

Trúnaðarmál

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál

LÆKNISVOTTORÐ

Nafn læknis

Nafn vátryggðs:

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 hjartalokuaðgerðar. Meðfylgjandi er skilgreining á hjartalokuaðgerð samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

Vinsamlega 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 sjúkdóms, og þá hve lengi höfðu einkenni vísbendingar (t.d. hjartaóhljóð) verið til staðar ?

- 1.3 Hefur váttryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur í meðfylgjandi skilmála um hjartalokuaðgerð, eða öðrum skyldum sjúkdómum eins og of háum blóðþrýstingi, hjarta eða brjóstverkjum (hjartakveisa) öðrum æðasjúkdómum eða gigtsótt ? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær leitað var til læknis og hver niðurstaða greiningar var.

- 1.4 Hvenær (hvaða dag) varð váttryggður fyrst var sjúkdómsins ?

Undirskrift læknis _____

1.5 Er eitthvað í fjölskyldusögu váttryggðs sem gætu hafa aukið líkurnar á hjartalokuaðgerð ?

1.6 Ef váttryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

1.8. 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 hjartasjúkdómnum sem leiddi til aðgerðarinnar.

2.2 Hvers konar aðgerð var framkvæmd og hvenær ?

Undirskrift læknis _____

2.3 Vinsamlegast tilgreindu nafn skurðlæknis og sjúkrahúss þar sem aðgerðin fór fram.

2.4 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)