

Skurðaðgerð á meginslagæð/ósæðaraðgerð (aorta surgery)

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 skurðaðgerðar á meginslagæð/ósæðaraðgerð (aorta surgery). Meðfylgjandi er skilgreining á skurðaðgerð á meginslagæð/ósæðaraðgerð (aorta surgery) samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

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

1. Almennar upplýsingar

Ertu læknir vátryggðs? .. ☐ Nei ☐ Já

1.1

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 skurðaðgerð á meginslagæð/ósæðaraðgerð 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) var vátryggður fyrst var sjúkdómsins ?

Undirskrift læknis: _____

1.5 Ef váttryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

1.6 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 ?

Ef um kransæðahjáveituaðgerð hefur verið að ræða, vinsamlegast tilgreindu fjölda og staðsetningu ágræðslna (grafts).

2.3 Vinsamlegast tilgreindu nafn skurðlæknis og sjúkrahúss þar sem aðgerðin fór fram og getið um nöfn og aðsetur annarra 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.

Undirskrift læknis:

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 aðgerð vátryggðs, að þínu mati, undir skilgreiningu tryggingarinnar á síðu 2 ?

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis:

(Undirrita þarf einnig síðu 2 og 3)