

Útfyllist af lækni

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn slasaða _____ Kennitala _____ ☐ Karl ☐ Kona
Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Starf slasaða á slysdegi _____ Vinnustaður _____
Maki/nánasti aðstandandi/foreldri _____ Kennitala _____

UPPLÝSINGAR UM SLYSIÐ

Heiti áverka á íslensku (latínu til vara) _____ ICD _____
Lýsing á áverka (ítarlegt) _____

Hvenær varð slysið? (dags. og tími) _____ Hvenær var fyrst leitað lækni? _____
Hvert var fyrst leitað eftir slysið? (læknavakt, heilsugæsla, sjúkrahús og deild) _____

Tildrög slyssins (ítarlegt) _____

Var hinn slasaði undir áhrifum áfengis/lyfja? ☐ Já ☐ Nei
Ef já, lýsið ástandi nánar _____
Var tekið blóð-/þvagsýni með tilliti til ölvunar/lyfjanotkunar? ☐ Já ☐ Nei
Ef já, niðurstaða: _____
Verður slysið rakið til veikinda slasaða, lömunar, bæklunar eða annarra slíkra eiginleika? ☐ Já ☐ Nei
Ef já, hverra? _____

MEÐFERÐ ÁSTAND OG HORFUR

Lýsing á meðferð og framvindu _____

Sjúkrþjálfun/endurhæfing _____
Varð slasaði óvinnufær vegna slyssins? ☐ Já ☐ Nei
Ef já, tilgreinið tímabil og hlutfall óvinnufærni Frá _____ Til _____ Hlutfall _____ %
Áætlaður vinnufær _____ % Frá _____
Er talið að slasaði nái fullum bata eftir slysið? ☐ Já ☐ Nei Ef já, hvenær _____
Verður þörf á aðgerð eða annarri meðferð síðar vegna slyssins? ☐ Já ☐ Nei
Ef já, tilgreinið nánar _____

FYRRA HEILSUFAR

Hefur slasaði orðið fyrir meiðslum áður? ☐ Já ☐ Nei Ef já, hvenær? _____

Hvers konar _____ Afleiðingar ☐ Engar ☐ Örorka

Höfðu veikindi eða sjúkdómur áhrif á slysið? ☐ Já ☐ Nei Ef já, lýsið nánar _____

Vinnufærni slasaða fyrir slysið ☐ Vinnufær að fullu ☐ Vinnufær að hluta _____ %
☐ Óvinnufær ☐ Öryrki

ATHUGASEMDIR LÆKNIS

Undirritaður vottar hér með að ofangreindar upplýsingar eru eftir minni bestu vitund réttar og tæmandi og að þar sé aðeins vottað það sem sannreynt hefur verið í samræmi við 19. gr. laga um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012 og rgl. 586/1991 um gerð og útgáfu læknisvottorða. Mér er ljóst að vottorðið verður notað til ákvörðunar váttryggingafélagsins á bótarétti sjúklings og er reiðubúin(n) að staðfesta efni þess fyrir dómi ef þess er krafist.

Leiðbeinandi verð vottorðs 8.500 kr.

Vinsamlegast sendið reikning meðfylgjandi á
 Sjóvá
 kt. 650909-1270
 Kringlunni 5
 103 Reykjavík

Athugið að póströfur eru ekki greiddar

Dagsetning

Undirskrift og stimpill læknis

Nafn læknis _____

Númer _____

Sérgrein _____

Aðsetur _____

Sími _____

Netfang _____