

Nafn:

Kennitala:

## ÁFENGI OG ÖNNUR VÍMUEFNI

1. Hve oft hefur þú leitað þér lækningar/meðferðar vegna áfengis og/eða vímuefnavandamála?

  

2. Hve langur tími leið frá upphafi neyslu þar til þú leitaðir þér lækningar/meðferðar vegna áfengis og/eða vímuefnavandamála?

  

3. Hefur þú einhvern tímann notað eitthvað af eftirtöldu:

Merktu við þau efni sem þú hefur notað og tilgreindu það tímabil sem neysla stóð yfir.

- a) ☐ Áfengi?
- b) ☐ Sterk verkja- og deyfilyf, t.d. heróín, metadón, morfín?
- c) ☐ Svefnlyf og róandi lyf t.d. barbitursýrusambönd, triazolam, diazepam?
- d) ☐ Örvandi lyf t.d. kokaín, amfetamín, ofskynjunarlyf, E-tafla, LSD?
- e) ☐ Kannabisefni, t.d. maríjúana, hass?
- f) ☐ Sníffefni, t.d. lím, bensín og þynnir?
- g) ☐ Önnur efni?

4. Hvert fórstu í meðferð, hvenær hófst hún og hvenær lauk henni? Tilgreindu hvert tilvik(mán/ár), ef um fleiri en eina meðferð hefur verið að ræða?

  
  
5. Hefurðu neytt áfengis / vímuefna eftir að síðustu meðferð lauk. . . . . ☐ Nei ☐ JáEf já, skýrðu nánar, ☐ Sjaldan ☐ Vikulega ☐ Oftar  Hvenær síðast 

6. Lýstu í stuttu máli "umgengni" þinni við áfengi / vímuefni fyrir meðferð (t.d. helgarneysla / dagleg neysla)?

7. Hefur þú orðið fyrir skaða sem tengist fíkniefnanotkun s.s. lífrabólgu B/C, geðrænum vandamálum, o.s.frv?

  
8. Annað   
  

## Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirrituð/aður lýsi því yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og nákvæmar og þær, ásamt váttryggingarbeiðni og skilmálum Sjóvá, eru grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og félagsins. Ég samþykki að ráðgjafalæknir félagsins megi leita upplýsinga hjá þeim sjúkrahúsum og læknum sem mig hafa stundað.

Ég staðfesti einnig að heilsufar mitt er óbreytt frá undirritun umsóknar.

Undirskrift umsækjanda  Dagsetning