

Nafn:

Kennitala:

HÁPRÝSTINGUR

1. Hvenær greindist hjá þér háprýstingur?
2. Hvers vegna var blóðþrýstingur mældur á þessum tíma?
3. Veist þú blóðþrýstingsgildi þín við greiningu? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tillgreindu:
4. Hefur þú farið í frekari rannsóknir vegna þessa t.d. hjartalínurit, röntgenmynd eða blóðfitumælingu? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, þá hvaða rannsóknir, hvenær og hvaða niðurstöður fengust?
5. Hvaða lyf tekur þú eða hefur þú tekið vegna háprýstingsins? ☐ Nei ☐ Já
Vinsamlegast tilgreindu heiti lyfja, skammtastærðir og tímabil lyfjameðferða?
6. Tilgreindu nafn læknis/sjúkrastofnunar sem hefur haft þig til meðferðar?
- a) Hversu oft ferð þú í eftirlit?
- b) Hvenær fórst þú síðast í eftirlit?
- c) Hver var blóðþrýstingurinn?
7. Hefur niðurstaða mælinga á þvagi verið óeðlileg ss. mælst prótein eða blóð í þvagi þínu? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær og hvað?
8. Reykir þú? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hversu mikið daglega?
9. Hefur þú verið frá vinnu vegna háprýstings? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær og hversu lengi?
10. 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