

Nafn:

Kennitala:

MAGA OG RISTILVANDAMÁL

1. Hefur þú nú eða áður fundið fyrir einkennum frá maga og/eða meltingarvegi? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær?

2. Hversu oft koma fram einkenni?

☐ blóðug uppköst ☐ niðurgangur ☐ blóð í hægðum ☐ þyngdartap ☐ Annað:

Hvenær, hversu lengi og hversu mikið?

Hversu oft finnur þú fyrir einkennum?

3. Hefur þú leitað til lækis/sjúkrastofunnar vegna vandamálsins? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær? Gefðu upp nöfn og aðsetur lækna/sjúkrastofnunar:

4. Hefur þú farið í einhverjar af eftirtöldum rannsóknnum:

☐ Magaspeglun ☐ Ristil-/endaþarmsspeglun ☐ Ristlispeglun ☐ Röntgenrannsóknir á maga/þörmum

Ef já, hvar og hvenær?

5. Hefur þú fengið einhverja greiningu? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hverja?

6. Hefur þú verið í eða ert þú í einhverskonar meðferð/lyfjameðferð vegna þessa? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, útskýrðu nánar

7. Ferðu reglulega í eftirlit vegna sjúkdómsins? ☐ Nei ☐ Já8. Eru einhverjar aðgerðir/rannsóknir fyrirhugaðar? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða?

9. Er bati alger eða að hluta?

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