

Nafn:

Kennitala:

ÖNDUNARFÆRASJÚKDÓMAR

1. Hefur þú haft sjúkdóma í öndunarfærum? ☐ Nei ☐ Já

Ef já

a) Hvaða sjúkdóm/a? b) Hve oft koma sjúkdómseinkennum? c) Hvenær komu þau fyrst? d) Hvenær komu þau síðast? 2. Lýsing á sjúkdómseinkennum? 3. Hefur þú leitað til læknis/sjúkrastofnunar vegna einkenna? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvenær?

Nöfn og aðsetur lækna/sjúkrastofnunar:

4. Tengist sjúkdómurinn ofnæmi? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, fyrir hverju?

5. Hefur þú fengið einhverja sjúkdómsgreiningu s.s. lungnaþembu, astma o.s.frv.? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða greiningu?

6. a) Hefur þú nú/áður tekið lyf vegna öndunarfærasjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða og í hvaða skömmtum?

b) Færð þú eða hefur þú fengið predínisólón eða svipaðar töflur (barksterahormón). ☐ Nei ☐ Já7. Hefur þú fengið annarskonar meðferð? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða meðferð?

8. Er einhver aðgerð fyrirhuguð? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hvaða aðgerð?

9. Reykir þú eða hefur þú reykt? ☐ Nei ☐ JáEf já hversu mikið daglega Reykt frá hætt mán/ár 10. Annað

Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég undirrituð/áður 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