

LÆKNISVOTTORÐ

Hjartaáfall / kransæðastífla

SJÓVÁ

TRÚNAÐARMÁL - FARIÐ ER MEÐ ALLAR UPPLÝSINGAR SEM TRÚNAÐARMÁL

Læknir

Nafn _____

Grunnupplýsingar

Nafn _____

Kennitala _____ Heimilisfang _____

Póstnr. _____ Staður _____

Framangreind/ur er tryggð/ur hjá Sjóvá-Almennum líftryggingum með sjúkdómatryggingu. Bótaumsókn hefur komið fram vegna hjartaáfalls/kransæðastíflu. Meðfylgjandi er skilgreining á hjartaáfalli/ kransæðastíflu samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

Vinsamlegast svarið eftirfarandi spurningum til þess að hægt sé að meta umsókn váttryggs um bætur.

1. Almennar upplýsingar

1.1 Ertu læknir váttryggðs? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, yfir hvaða tímabil ná heilsufarsskýrslur váttryggs?

1.2 Hvenær var fyrst leitað til þín vegna þessa sjúkdóms, og þá, hve lengi höfðu einkenni verið til staðar ?

1.3 Hefur váttryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur er í meðfylgjandi skilmála um hjartaáfall/kransæðasjúkdóm, eða öðrum skyldum sjúkdómum eins og of háum blóðþrýstingi eða öðrum æðasjúkdómum? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær leitað var til læknis og hver niðurstaða greiningar var.

1.4 Er eitthvað í fjölskyldusögu váttryggðs sem gæti hafa aukið líkurnar á kransæðasjúkdómi?

1.5 Ef váttryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

1.6 Tilgreindu ef um aðra markverða sjúkdóma í sögu váttryggðs hefur verið að ræða og hvenær (dagsetningar) þeir voru til staðar.

2. Upplýsingar um sjúkdóminn

2.1 Vinsamlegast gefðu fulla og nákvæma lýsingu á greiningunni.

2.2 Hvenær (hvaða dag) varð váttryggður fyrst var sjúkdómsins?

2.3 Vinsamlegast lýstu fyrstu einkennum áfallsins.

a) Lýsing áfalls

b) Hve lengi vörðu bráð einkenni?

c) Hvenær má búast við að váttryggður nái aftur fyrri getu (activities)?

2.4 Vinsamlegast getið um nöfn og aðsetur allra lækna, sérfræðinga eða sjúkrahúsa sem váttryggðum hefur verið vísað til eða hlotið meðferð hjá vegna þessa sjúkdóms.

2.5 Tilgreindu niðurstöður blóðrannsóknna, hækkun á hjartaensínum og breytingar á hjartalínuriti.

3. Frekari upplýsingar

3.1 Tilgreindu hér ef frekari upplýsingar eru til staðar, sem að þínu mati geta aðstoðað félagið við mat á bótaumsókninni.

3.2 Fellur sjúkdómur vátryggðs, að þínu mati, undir skilgreiningu sjúkdómatryggingarinnar? Sjá meðfylgjandi skilmála um hjartaáfall/kransæðastíflu.

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis _____
