

LÆKNISVOTTORÐ

Krabbamein

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 krabbameins. Meðfylgjandi er skilgreining á krabbameini samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

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

1. Almennar upplýsingar

1.1 Ertu læknir váttryggðs? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, yfir hvaða tímabil ná heilsufarsskýrslur váttryggðs?

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

1.3 Hefur váttryggður áður þjáðst af illkynja æxli sem einkennist af stjórnlausum vexti og dreifingu illkynja fruma eða öðrum skyldum sjúkdómum ? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær leitað var til læknis og hver niðurstaða greiningar var.

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

1.5 Er eitthvað í fjölskyldusögu váttryggðs sem gæti hafa aukið líkurnar á krabbameini ?

1.6 Ef váttryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

1.7 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 og taktu fram hvenær (dagsetning) váttryggður greinist með sjúkdóminn.

2.2 Tilgreindu staðsetningu sjúkdómsins.

2.3 Tilgreindu niðurstöður vefjasýnis ef við á (PAD svar).

Vinsamlegast láttu afrit af niðurstöðu vefjarannsóknar (PAD svar) fylgja læknisvottorðinu.

2.4 Á hvaða stigi var sjúkdómurinn við greiningu? Vinsamlega lýstu því með viðeigandi stigaflokkun (appropriate staging classification).

a) Var sjúkdómurinn algerlega setbundinn (in situ)? _____

b) Náði krabbameinið til nærliggjandi vefja? _____

c) Hafði krabbameinið áhrif á nærliggjandi eitla? _____

d) Var vart meinvarpa? _____

2.5 Ef greiningin er hvítblæði, vinsamlegast tilgreindu tegund nákvæmlega.

2.6 Hvaða aðgerðir/meðferðir hafa farið fram, hvaða meðferðir eru yfirstandandi og hvaða meðferðir eru fyrirhugaðar?

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

Vinsamlegast sendið okkur afrit af viðeigandi sjúkrahúsaskýrslum sem til eru.

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 krabbamein.

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis _____
