

Kransæðauppskurður

TRÚNAÐARMÁL

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál

## LÆKNISVOTTORÐ

Nafn læknis

---

Nafn vátryggðs: \_\_\_\_\_

Kennitala: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_ P.nr.: \_\_\_\_\_

Heimasími: \_\_\_\_\_ Vinnusími: \_\_\_\_\_ Gsm: \_\_\_\_\_

Skírteinis númer: \_\_\_\_\_ Netfang: \_\_\_\_\_

---

Ráðgjafalæknir: Þorkell Guðbrandsson

Framangreind/ur er tryggð/ur hjá Sjóvá-Almennum með sjúkdómatryggingu. Bótaumsókn hefur komið fram vegna kransæðaskurðaðgerðar. Meðfylgjandi er skilgreining á kransæðaskurðaðgerð samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

Vinsamlega svarið eftirfarandi spurningum til þess að hægt sé að meta umsókn vátryggðs um bætur.

## 1. Almennar upplýsingar

- 1.1 Ertu lækni vátryggðs? ..... ☐ Nei ☐ Já  
Ef já, yfir hvaða tímabil ná heilsufarsskýrslur vátryggðs?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1.3 Hefur vátryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur er í meðfylgjandi skilmála um kransæðaskurðaðgerð, eða öðrum skyldum sjúkdómum eins og of háum blóðþrýstingi, hjarta-kveisu eða öðrum æðasjúkdómum? ..... ☐ Nei ☐ Já

Ef já, vinsamlegast tilgreindu hvenær leitað var til lækis og hver niðurstaða greiningar var.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1.4 Hvenær (hvaða dag) varð vátryggður fyrst var sjúkdómsins?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- 1.5 Er eitthvað í fjölskyldusögu vátryggðs sem gætu hafa aukið líkurnar á kransæðasjúkdómi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Undirskrift lækis \_\_\_\_\_

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 hjartasjúkdómnum sem leiddi til aðgerðar.

---

---

---

---

---

2.2 Hvenær (hvaða dag) var skurðaðgerðin framkvæmd? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

2.3 Nefndu fjölda og staðsetningu ágræðslna (grafts).

---

---

---

---

---

2.4 Vinsamlegast tilgreindu nafn skurðlæknis og sjúkrahúss þar sem aðgerðin fór fram.

---

---

---

---

---

**Undirskrift læknis** \_\_\_\_\_

2.5 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 váttryggðs, að þínu mati, undir skilgreiningu tryggingarinnar á síðu 2 ?

---



---



---



---



---

Dagsetning \_\_\_\_\_ Læknisnúmer \_\_\_\_\_

Undirskrift læknis \_\_\_\_\_  
(Undirrita þarf einnig síðu 2 og 3)