

LÆKNISVOTTORÐ

MS - sjúkdómur

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 MS/Heila- og mænusiggs (multiple sclerosis). Meðfylgjandi er skilgreining á MS/Heila- og mænusiggi (multiple sclerosis) samkvæmt skilmála sjúkdómatryggingarinnar.

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

1. Almennar upplýsingar

1.1 Ertu læknir 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 MS sjúkdóm, eða öðrum skyldum sjúkdómum? ☐ Nei ☐ Já

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

1.4 Tilgreindu ef vátryggður hefur haft einhver einkenni og/eða kvartanir frá taugakerfi, sama hversu smávægileg þau/þær eru.

1.5 Hvenær (hvaða dag) varð vátryggður fyrst var sjúkdómsins?

1.6 Ef vátryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingarvenjur hans.

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

2. Upplýsingar um sjúkdóminn

2.1 Vinsamlegast gefðu nákvæma lýsingu á greiningunni og taktu fram hvenær (dagsetning) vátryggður greinist með sjúkdóminn.

2.2 Vinsamlegast gefðu nákvæma lýsingu á brottfallseinkennum frá taugakerfi, fjölda kasta og hvenær (dagsetningar) þau komu.

2.3 Vinsamlegast lýstu nákvæmlega útbreiðslu sjúkdómsins í sjóntaugum, heilastofni og mænu.

2.4 Vinsamlegast gefðu nákvæma lýsingu á truflun á samhæfingu á hreyfinga- og skynjunarstarfsemi.

2.5 Tilgreindu niðurstöður rannsókna sem framkvæmdar hafa verið.

Hefur greining sjúkdómsins verið staðfest með segulómun (MRI) og/eða sneiðmynd (CT)?

2.6 Hvaða meðferð hefur váttryggður fengið og hvaða meðferð er fyrirhuguð?

2.7 Er sjúklingurinn bundinn hjólastól? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hve lengi má búast við að svo verði?

2.8 Vinsamlegast getið um nöfn og aðsetur lækna, sérfræðinga og sjúkrahúsa sem váttryggðum hefur verið vísað til eða hlotið meðferð hjá vegna sjúkdómsins.

Vinsamlegast sendið okkur afrit af viðeigandi sjúkraskýrslum 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 sjúkdómatryggingarinnar? Sjá meðfylgjandi skilmála um MS sjúkdóm.

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis _____