

Parkinsonsjúkdómur

Trúnaðarmál

Farið er með allar upplýsingar sem trúnaðarmál

LÆKNISVOTTORÐ

Nafn læknis

Nafn váttryggðs: _____

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 parkinsonsjúkdóms. Meðfylgjandi er skilgreining á parkinsonsjúkdóm skv. 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 heilsufarsástands, og þá hve lengi höfðu einkenni verið til staðar ?

1.3. Hefur vátryggður áður þjáðst af sjúkdómnum sem skilgreindur er í meðfylgjandi skilmála um parkinsonsjúkdóm 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 Er eitthvað í fjölskyldusögu vátryggðs sem gætu hafa aukið líkurnar á parkinsonsjúkdómi?

1.7 Ef vátryggður reykir, vinsamlegast tilgreindu reykingavenjur hans.

Undirskrift læknis: _____

1.8 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 fulla og nákvæma lýsingu á greiningunni.

2.2 Vinsamlega gefðu nákvæma lýsingu á einkennum og umfangi sjúkdómsins og hversu mikil áhrif sjúkdómurinn hefur á daglegt líf vátryggðs?

2.3 Tilgreindu niðurstöður rannsókna sem framkvæmdar hafa verið.

2.4 Hvaða meðferðir hefur vátryggður fengið og hvaða meðferðir eru fyrirhugaðar?

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 skilmála sjúkdómtryggingar um parkinsonsjúkdóm ? (sjá meðfylgjandi skilmála)

Dagsetning _____ Læknisnúmer _____

Undirskrift læknis:

(Undirrita þarf einnig síðu 2, 3)