

Heilbrigðisvottorð B – Læknir framkvæmi skoðunina

Nafn

Kennitala

Ég undirritaður umsækjandi um persónutryggingu hjá Sjóvá samþykki að niðurstöður skoðunarinnar verði sendar til Sjóvár.

Undirskrift umsækjanda: _____

1. hluti. Upplýsingar um heilsufar

Til læknis: svara skal öllum neðangreindum spurningum. Ekki má nota endurtekningarmerki eða sviga utan um spurningarnar. Þess er óskað að þú látir ekki í ljósi við váttryggingarumsækjanda eða fulltrúa félagsins álit þitt á því hvaða áhrif vottorðið kann að hafa á váttryggingarhæfi.

1. Þekkirðu váttryggingarumsækjanda? ☐ Nei ☐ Já

Ef já, hve lengi hefurðu verið læknir hans? _____

Ef nei, hvernig hefur þú gengið úr skugga um hver maðurinn er? _____

2. Hefur váttryggingarumsækjandi nú eða áður haft eftirfarandi:

a krampa, lömum, vefrna taugasjúkdóma, yfirlið, mígreni eða stöðuga eða tíða höfuðverki? ☐ Nei ☐ Já

b geðsjúkdóma/vandamál, þ.m.t. taugaveiklun eða þunglyndi? ☐ Nei ☐ Já

c sjúkdóma/vandamál í augum? ☐ Nei ☐ Já

d sjúkdóma/vandamál í eyrum? ☐ Nei ☐ Já

e astma, berkjubólgu, lungnabembu, lungnateppu, hæsi eða sjúkdóma í koki eða barkakýli? ☐ Nei ☐ Já

f sjúkdóma í hjarta eða æðum, hjartslætti eða hjartaverki eða önnur óþægindi fyrir hjarta? ☐ Nei ☐ Já

g hábrýsting? ☐ Nei ☐ Já

h blóðleysi eða aðra blóðsjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

i magasár, sár í görnum/ristli, blæðingar í görnum/ristli eða aðra maga- og garna- eða ristilssjúkdóma, þ.m.t. í endaparmi? ☐ Nei ☐ Já

j gallsteina, gulu eða sjúkdóma/vandamál í lifur, gallblöðru, briskirtli eða milta? ☐ Nei ☐ Já

k nýrnabólgu, prótín eða blóð í þvagi, nýrnaskjóðubólgu, nýrnasteina eða aðra þvagfærasjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

l alvarlega smitsjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

m sykursýki? ☐ Nei ☐ Já

n skjaldkirtilssjúkdóma eða aðra innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

o brjóslos, þursabit, verk í hálsi/mjóhrygg eða aðra baksjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

p liðagigt (iktsýki), þvagsýrugigt, bandvefssjúkdóma eða aðra gigtarsjúkdóma (þ.m.t. verkir í vöðvum, liðum og beinum)? ☐ Nei ☐ Já

q krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar, vöxt, æxli, eitlasjúkdóma eða góðkynja heilaæxli? ☐ Nei ☐ Já

r sárasótt (syphillis), lekanda (gonorrhea) eða aðra kynsjúkdóma? ☐ Nei ☐ Já

s aðra sjúkdóma / vandamál? ☐ Nei ☐ Já

Ef já við einhverjum liðum í spurningu 2:

Tilgreinið sjúkdómsgreiningu, dagsetningar, framvindu og meðferð sjúkdómsins og þann tíma sem umsækjandi var óvinnufær, svo og nöfn lækna og/eða sjúkrastofnanna sem höfðu hann til meðferðar. Ef umsækjandi er í meðferð þá skal tilgreina hvers konar, t.d. lyf og lyfjaskammta.

3. Hefur váttryggingarumsækjandi orðið fyrir slysi? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, hvenær, hvernig og hvaða afleiðingar hafði það?

4. Hefur váttryggingarumsækjandi nokkurn tímann:
verið langvarandi undir lækni hendi? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreinið hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn lækni og aðsetur.

Ofnotað lyf? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreinið hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn lækni og aðsetur.

Neytt ávana- og fíkniefna? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreinið hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn lækni og aðsetur.

Ofnotað áfengi og farið í meðferð af þeim sökum? ☐ Nei ☐ Já
Ef já, tilgreinið hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn lækni og aðsetur.

2. hluti. Læknisskoðun

1. Hæð: _____ Þyngd: _____
Bendir útlit eða framkoma til einhverrar veiklunar eða heilsubreysts, þ.m.t. geðrænna sjúkdóma? Ef já er nánari skýringa óskað: ☐ Nei ☐ Já

2. Er nokkuð óeðlilegt við:
- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| a | höfuð, munn, kok eða háls? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| b | augu, þ.m.t sjón? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| c | eyru? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| d | brjóstkassa (afmyndanir)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| e | lungu (m.a. við hlustun)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| f | hjarta og æðar (m.a. við hlustun)? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |

- Púls: Taktur: _____ Blóðþrýstingur: Slagbil (systolic) _____
Tíðni: _____ Hlébil (diastolic) _____
- g kviðarhol, t.d. uppþemba, stækkun líffæra, eymsli eða ör? (Ekki er óskað eftir kvensjúkdómaskoðun). ☐ Nei ☐ Já
- h bak og sérstaklega hrygg? ☐ Nei ☐ Já
- i handleggji, fótleggji og liði (æðahnútar, bjúgur, sláttur í útæðum eða merki um yfirstandandi eða yfirstaðna bláæðabólgu eða vöðvarýrnun)? ☐ Nei ☐ Já
- j húð og eitla? ☐ Nei ☐ Já
- k rannsókn á taugakerfi (einkum lömun, skjálfti eða óeðlileg sinaviðbrögð)? ☐ Nei ☐ Já
- l er kona barnshafandi? ☐ Nei ☐ Já
- Hve langt gengin með? (talið í vikum) _____

3. hluti. Rannsóknir. Vinsamlegast látið afrit af öllum niðurstöðum fylgja.

1. Hjartalínurit
2. Niðurstöður þvagrannsóknar

Prótín _____ Sykur _____ Blóð _____

Ef þvaglát hefur ekki farið fram undir umsjá læknis skal viðkomandi staðfesta með undirskrift sinni hér að þvagið sé komið af honum sjálfum.

Undirritun vegna þvagprufu: _____

3. Blóðpróf: Blóðfitur (kólesteról, HDL, þriglýseríðar), langtímablóðsykur (HbA1c og lifrarpróf (ASAT, ALAT, Gamma-GT). (Ef Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins þá framkvæmt á Rannsóknarstofunni í Mjódd)

4. (Útfyllist af Sjóvá, á einungis við um spurningu 4) Óskað er eftir: ☐ Nei ☐ Já

Niðurstöður mælinga á mótefnum gegn alnæmissmiti: _____

5. (Útfyllist af Sjóvá, á einungis við um spurningu 5) Óskað er eftir: ☐ Nei ☐ Já

Aðrar rannsóknir: _____

4. hluti. Almennar spurningar.

- | | | | |
|----|---|------------------------------|-----------------------------|
| 1. | Reykir váttryggingarumsækjandi? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |
| 2. | Telur þú váttryggingarumsækjanda heilbrigðan og fyllilega vinnufæran? | <input type="checkbox"/> Nei | <input type="checkbox"/> Já |

Ef nei, hvers vegna ekki? _____

3. Tilgreindu hér ef þú hefur frekari upplýsingar varðandi heilsufar váttryggingartaka.

Þetta læknisvottorð er gefið út af mér í fullu samræmi við það sem ég veit um váttryggingarumsækjanda og hef skráð hjá mér um hann svo og spurningar mínar og þá rannsókn sem ég hef framkvæmt.

Dagsetning _____ Staður _____

Undirskrift læknis _____

Aðsetur læknis _____ Læknanúmer _____

Vottorðið óskast sent í lokuðu umslagi til trúnaðarlæknis Sjóvá-lífs. Ef þú ert með rafræn skilríki getur þú sent svarið í gegnum örugga gagnagátt sem finna má á vefslóðinni: sjova.is/skjal

Greitt er fyrir heilbrigðisvottorðið samkvæmt reglugerð nr. 1100 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu. Vinsamlegast sendið númeraðan reikning á nafni viðkomandi stofnunar.

Til sérfræðinga utan stofnana eru greiddar 28,8 sérfræðieiningar. Vinsamlegast sendið númeraðan reikning og takið fram bankareikningsnúmer.

Trúnaðarlæknir og starfsmenn félagsins, sem taka á móti og vinna með umbeðnar upplýsingar, eru bundnir trúnaði og ævivarandi þagnarskyldu um allt það sem upplýsingarnar hafa að geyma. Við vinnslu persónuupplýsinga er ávallt gætt ákvæða gildandi laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga.

Trúnaðarlæknir Sjóvá-lífs er Þorkell Guðbrandsson.