

# Læknisvottorð vegna forfallatryggingar (slys)



Útfyllist af lækni

## Sjúklingur

Nafn sjúklings _____	Kennitala _____
Heimili _____	Póstnúmer _____ Staður _____

## Upplýsingar um slys

Hvenær varð slysið? \_\_\_\_\_ Dagur \_\_\_\_\_ Mánuður \_\_\_\_\_ Ár \_\_\_\_\_ Kl. \_\_\_\_\_

Hvaða meiðsl hlutust af slysinu? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Var viðkomandi ferðafær á áætluðum ferðadegi?  Já  Nei

Hvenær varð viðkomandi óferðafær? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Ástand fyrir slys

Átti hinn slasaði við meiðsl að stríða fyrir slysið?  Já  Nei

Ef já, um hvernig meiðsl var að ræða og hefur hinn slasaði verið metinn til varanlegrar örorku af þeim sökum?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Aðrar upplýsingar (svo sem hvenær búast má við að viðkomandi verði ferðafær)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staður og dagsetning

Undirskrift læknis og læknanúmer