

# Læknisvottorð vegna forfallatryggingar (veikindi)



Útfyllist af lækni

## Sjúklingur

Nafn sjúklings \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_  
Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

## Upplýsingar um veikindi

Hvenær varð veikinda fyrst vart? Dags. \_\_\_\_\_ mán. \_\_\_\_\_ ár \_\_\_\_\_

Báru veikindi viðkomandi að með skyndilegum hætti?  Já  Nei

Getur undirritaður læknir staðfest að viðkomandi verði ekki eða hafi ekki verið fær til að ferðast (ferðafær) á áætluðum ferðadegi vegna ofangreindra veikinda miðað við fyrirhugaðan ferðamáta?

Nei  Já Ef já, hvað veldur því að hann verður ekki ferðafær? \_\_\_\_\_

Hefur viðkomandi hafið meðferð vegna veikindanna?

Já Ef já, hvenær? \_\_\_\_\_

Nei Ef nei, af hverju ekki? \_\_\_\_\_

Þarf sjúklingur að leggjast inn á sjúkrahús eða sambærilega stofnun vegna veikindanna?

Já Ef já, þá í hversu langan tíma? \_\_\_\_\_

Nei

Hefur farið fram læknisskoðun á viðkomandi?

Já. Hvenær fór sú skoðun fram, hvar og af hverju? \_\_\_\_\_

Nei. Á hvaða forsendum er vottorðið þá gefið út? \_\_\_\_\_

Verður/var sjúklingur rúmliggjandi vegna veikindanna?

Já, í hversu langan tíma? \_\_\_\_\_

Nei

Eru veikindi tengd þungun viðkomandi?

Já, hver er áætlaður fæðingardagur barnsins? \_\_\_\_\_

Nei

Var/er viðkomandi á biðlista eftir skurðaðgerð sem tengist veikindum?

Já Aðgerðin telst vera:  Valaðgerð  Bráðaaðgerð

Mátti viðkomandi ætla að verða kallaður til aðgerðar fyrir áætlaðan ferðadag?  Já  Nei

Hvenær fór viðkomandi á biðlista vegna aðgerðar? \_\_\_\_\_

Dagsetning aðgerðar: \_\_\_\_\_

Nei

Hvenær varð eða hvenær má búast við að viðkomandi verði ferðafær aftur? \_\_\_\_\_

## Ástand fyrir veikindi

Eru núverandi veikindi í tengslum við fyrri veikindi eða sjúkdóma?  Já  Nei

Hafa veikindi áhrif á dagleg störf viðkomandi?  Já  Nei

Ef já, lýsið nánar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hefur viðkomandi verið í meðferð í tengslum við veikindin sl. 12 mánuði?  Já  Nei

Ef já, hverskonar meðferð? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Heimilislæknir

Ertu heimilislæknir viðkomandi?  Já  Nei, hver þá? \_\_\_\_\_

Hefur þú aðgang að læknisskýrslum viðkomandi?  Já  Nei

Eru tengsl milli þín og viðkomandi?  Já  Nei

Ef já, hvaða tengsl? \_\_\_\_\_

## Aðrar upplýsingar

---

---

---

Til að félagið geti með fullnægjandi hætti metið hvort viðkomandi eigi rétt á bótum úr váttryggingunni verður vottorðið að vera útfyllt að fullu. Ófullnægjandi útfyllt vottorð er ekki tekið gilt.

Farið verður með allar persónuupplýsingar sem algert trúnaðarmál og í fullu samræmi við persónuverndarlöggjöf á hverjum tíma.

Samkvæmt 11. gr. læknalaga nr. 53/1998 ber læknum að sýna varkárni og nákvæmni við útgáfu læknisvottorða og annarra læknayfirlýsinga. Skal læknir votta það eitt sem hann veit sönnur á. Brot á þessu ákvæði getur valdið sviptingu læknaeyfis ásamt öðrum viðurlögum samkvæmt 30. gr. laganna. Í 3. gr. reglugerðar nr. 586/1991 um gerð og útgáfu læknisvottorða segir að læknir skuli ekki staðhæfa annað í læknisvottorði en það sem hann hefur sjálfur staðreynt. Enn fremur skal læknir greina glögglega á milli frásagnar annarra, eigin athugunar læknis og álita hans.

Staður og dagsetning

Staður og dagsetning

Undirritaður læknir vottar að ofangreindar upplýsingar eru réttar.

Undirritaður vottar að ofangreindar upplýsingar eru réttar.

Undirskrift læknis, læknanúmer og aðsetur

Undirskrift váttryggingartaka