



LÆKNISVOTTORÐ VEGNA FORFALLATRYGGINGAR - SLYS

Eyðublaðið óskast útfyllt af lækni

I. Almennar upplýsingar

Nafn sjúklings _____ Kennitala _____

Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____

II. Upplýsingar um slysið

Hvenær varð slysið? Dagsetning _____ / _____ / _____ Klukkan _____

Hvaða meiðsl hlutust af slysinu? _____

Var viðkomandi ferðafær á áætluðum ferðadegi? Já Nei

Hvenær varð viðkomandi óferðafær? _____

Með hvaða hætti hafa afleiðingar slyss áhrif á ferðafærni? _____

III. 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?

Var tjónpoli á biðlista fyrir aðgerð/meðferð? Já Nei

Ef já, hvenær var sjúklingur settur á biðlista vegna aðgerðar/meðferðar? _____

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

Undirrituð/aður vottar hér með að ofangreind svör mín og upplýsingar eru samkvæmt minni bestu vitund rétt og sannleikanum samkvæmt og er þar ekki leynt atriðum sem kunna að skipta máli við ákvörðun félagsins um bótarétt og bótafjárhæð. Mér er ljóst að röng eða ófullnægjandi svör kunna að hafa áhrif á bótarétt.

Staður og dagsetning

Undirskrift