



# LÆKNISVOTTORÐ VEGNA FORFALLATRYGGINGAR - VEIKINDI

Eyðublaðið óskast útfyllt af lækni

## I. Almennar upplýsingar

Nafn sjúklings \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

Heimili \_\_\_\_\_ Póstnúmer \_\_\_\_\_ Staður \_\_\_\_\_

## II. Upplýsingar um slysið

Hvenær varð veikinda fyrst vart? Dagsetning \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Um hvernig veikindi er að ræða? (Nota má almennt orðalag) \_\_\_\_\_

Var viðkomandi ferðafær á áætluðum ferðadegi áður en veikinda varð fyrst vart?  Já  Nei

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

Með hvaða hætti hafa veikindin áhrif á ferðafærni? \_\_\_\_\_

## III. Ástand fyrir veikindin

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

Ef já, hvenær greindust þau veikindi fyrst? \_\_\_\_\_

Hefur sjúklingur notið meðferðar vegna veikindanna?

Ef já, hvenær og um hvernig meðferð var að ræða? \_\_\_\_\_

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