

Heiti lífeyrissjóðs: \_\_\_\_\_

## Læknisvottorð

vegna umsóknar um örorkulífeyri

Nafn	Kennitala
Heimili	Sími
Póstnr. og sveitarfélag	Netfang
Hjúskaparstétt	Starfs

## Menntun og störf

--

## Sjúkdómsgreining (ef um fleiri en einn sjúkdóm er að ræða skal raða þeim eftir mikilvægi)

1.	ICD
2.	ICD
3.	ICD
4.	ICD
5.	ICD

## Almenn heilsufarssaga

--

Aðrir læknar sem stundað hafa umsækjanda

--

Stimpill læknis (nafn, aðsetur, sími, kennitala/læknanúmer) Undirskrift læknis Dags.

--



### Sjúkrasaga (núverandi sjúkdómur)

Hvað er það í sjúkrasögu sem læknir telur að nú valdi óvinnufærni?

Hversu langt aftur í tímann má rekja sjúkdóma þá sem valda orkutapi?

Hversu langt aftur í tímann má rekja aðra sjúkdóma sem sennilegt má telja að hafi haft áhrif á starfsþrek eða starfsval umsækjenda á liðnum árum?

Lyf sem umsækjandi notar (og skammtar)?

### Nákvæm skoðun og niðurstaða hennar

Hvað kemur fram við skoðun læknis sem staðfestir óvinnufærni umsækjenda?



## Starfsgeta

Hvenær varð umsækjandi óvinnufær?	
að hluta	Frá hvaða tíma
að fullu	Frá hvaða tíma

Hefur starfsgeta umsækjanda verið skert að hluta á undanliðnum árum?	Ef já, til hvaða starfs og frá hvaða tíma?
Já	
Nei	

Hver er starfsgeta umsækjanda nú?
-----------------------------------

Til hvaða starfa er umsækjandi óvinnufær?
---

Hver er meginorsök óvinnufærni umsækjanda að mati læknis?
---

Telur læknir að umsækjandi geti unnið?	Já	Nei
• við sínavörslu eða sambærileg störf		
• við bensínafgreiðslu eða sambærileg störf		
• við afgreiðslu í verslun eða sambærileg störf		
• við fiskverkun eða sambærileg störf		
• önnur tiltekinn störf. Hver?		

Má gera ráð fyrir að sjúklingur geti eftir lækniáðgerð/meðferð snúið aftur að fyrra starfi eða hliðstæðu starfi?	
Já	Nei

Ef já, eftir hve marga mánuði telur læknir að umsækjandi verði vinnufær?	
Að einhverju leyti _____mán	Að fullu leyti _____mán
Ef nei, telur læknir að umsækjandi geti starfað í vernduðu umhverfi?	

## Athugasemdir

--