

Nafnaupplýsingar

Nafn sjóðfélaga	Kennitala
Heimilisfang	Sími
Hjúskaparstétt <input type="checkbox"/> Gift(ur) <input type="checkbox"/> Skilin(n) <input type="checkbox"/> Sambúð	
Nafn maka	Kennitala maka

NÝTUR SJÓÐFÉLAGI ÖRORKULÍFEYRIS FRÁ LÍFEYRISJÓÐI?

 Nei Já

Ef já, hvaða lífeyrissjóði og frá hvaða tíma?

I. hluti: Upplýsingar um heilsufar

Til læknis: svara skal öllum neðangreindum spurningum. Ekki má nota endurtekningamerki eða sviga utanum spurningarnar.

1. Þekkirðu sjóðfélaga? _____ Nei Já
 Ef já, hve lengi hefurðu verið læknir hans? _____
 Ef nei, hvernig hefurðu gengið úr skugga um hver maðurinn er? _____
2. Hefur sjóðfélagi nú eða áður haft eftirfarandi:
 - a) krampa, lömum, vefræna taugasjúkdóma, yfirlið, mígreni eða tíða höfðuverki? _____ Nei Já
 - b) geðsjúkdóma/vandamál, þ.m.t. taugaveiklun eða þunglyndi? _____ Nei Já
 - c) sjúkdóma/vandamál í augum? _____ Nei Já
 - d) sjúkdóma/vandamál í eyrum? _____ Nei Já
 - e) astma, berkjubólgu, lungnaþembu, lungnateppu, langvinntræði eða sjúkdóma í koki eða barkakýli? _____ Nei Já
 - f) sjúkdóma í hjarta eða æðum, hjartslattartruflanir eða hjartaverki eða önnur óþægindi fyrir hjarta? _____ Nei Já
 - g) háþrýsting? _____ Nei Já
 - h) blóðleysi eða aðra blóðsjúkdóma? _____ Nei Já
 - i) magasár, sár í görnum/ristli, blæðingar í görnum/ristli eða aðra maga- og garna/ristilssjúkdóma, þ.m.t. í endaparmi? _____ Nei Já
 - j) gallsteina, gulu eða sjúkdóma/vandamál í lifur, gallblöðru, briskirtli eða milta? _____ Nei Já
 - k) nýrnabólgu, prótín eða blóð í þvagi, nýrnaskjóðubólgu, nýrnasteina eða aðra þvafærasjúkdóma? _____ Nei Já
 - l) alvarlega smitsjúkdóma? _____ Nei Já
 - m) sykursýki? _____ Nei Já
 - n) skjaldkirtilssjúkdóma eða aðra innkirtla- og efnaskiptasjúkdóma? _____ Nei Já
 - o) brjóstklef, þursabit, verk í hálsi/mjóhrygg eða aðra baksjúkdóma? _____ Nei Já
 - p) liðagigt (í ktsýki), þvagsýrugigt, bandvefssjúkdóma eða aðra gigtarsjúkdóma
 (þ.m.t. verkir í vöðvum og beinum)? _____ Nei Já
 - q) krabbamein eða aðra illkynja sjúkdóma/vandamál, frumubreytingar, vöxt, æxli, eitlasjúkdóma
 eða góðkynja heilaæxli? _____ Nei Já
 - r) aðra sjúkdóma/vandamál? _____ Nei Já

Ef já við lið a til r. Tilgeinið sjúkdómsgreiningu, dagsetningar, framvindu og meðferð sjúkdómsins og þann tíma sem sjóðfélagi var óvinnufær, svo og nöfn lækna og/eða sjúkrastofnana sem höfðu hann til meðferðar.

Ef sjóðfélagi er í meðferð þá skal tilgreina hverskonar, t.d. lyf og lyfjaskammta. _____

3. Hefur sjóðfélagi orðið fyrir slysi? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvernig og hvaða afleiðingar hafði það? _____

4. Hefur sjóðfélagi nokkurn tímann:

a) Verið langvarandi undir læknishendi? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn læknis og aðsetur _____

b) Ofnotað lyf, áfengi, ávana- og fíkniefni? _____ Nei Já

Ef já, hvenær, hvers vegna, hvaða meðferð var beitt og nafn læknis og aðsetur _____

II. hluti: Læknisskoðun

1. a) Hæð _____ cm b) Þyngd _____ kg.

c) Bendir útlit eða framkoma til einherrar veiklunar eða heilsubrestra, þ.m.t. geðrænna sjúkdóma? _____ Nei Já

Ef já, nánari skýringa er óskað _____

2. Er nokkuð óeðlilegt við:

a) höfuð, munn, kok eða háls? _____ Nei Já

b) lungu (m.a. við hlustun)? _____ Nei Já

c) hjarta og æðar (m.a. við hlustun)? _____ Nei Já

Púls: Taktur _____

Blóðþrýstingur: Slagbil (systolic) _____

Tíðni _____

Hlébil (diastolic) _____

d) kviðarhol, t.d. uppþemba, stækkun líffæra, eymsli eða ör? (Ekki er óskað eftir kvensjúkdómaskoðun) _____ Nei Já

e) bak og sérstaklega hrygg? _____ Nei Já

f) handleggi, fótleggi og liði (æðahnútar, bjúgur, sláttur í útæðum eða merki um yfirstandandi eða yfirstaðna bláæðabólgu eða vöðvarýrnun? _____ Nei Já

g) húð og eitla? _____ Nei Já

h) rannsókn á taugakerfi (einkum lömun, skjálfti eða óeðlileg sinaviðbrögð)? _____ Nei Já

3. Telur þú sjóðfélaga heilbrigðan og fyllilega vinnufæran? _____ Nei Já

Ef nei, hvers vegna ekki? _____

4. Tilgreindu hér ef þú hefur frekari upplýsingar varðandi heilsufar sjóðfélaga.

Þetta læknisvottorð er gefið út af mér í fullu samræmi við það sem ég veit um sjóðfélaga og hef skráð hjá mér um hann, svo og spurningar mínar og þá rannsókn sem ég hef framkæmt.

Dagsetning _____ Staður _____

Undirskrift læknis _____

Aðsetur _____

**Vottorðið óskast sent í lokuðu umslagi til lífeyrissjóðsins, merkt trúnaðarlæknir.
Sjóðfélagi greiðir sjálfur fyrir heilbrigðisvottorðið.**