

Nafn umsækjanda	Kennitala
Heimilisfang	Sími
Hjúskaparstétt?	Gift/Kvæntur ☐ Skilin(n) ☐ Sambúð ☐
Nafn maka	Kt. maka
Nýtur umsækjandi örorkulífeyris frá lífeyrissjóði?	Nei ☐ Já ☐
Ef já, hvaða lífeyrissjóði?	og frá hvaða tíma?
Nýtur umsækjandi örorkulífeyris frá T.R?	Nei ☐ Já ☐
Ef já, frá hvaða tíma?	

I. hluti: Upplýsingar um heilsufar

Ath. Mikilvægt er, að fram komi í vottorðinu upplýsingar um það, hvort umsækjandi hafi sögu um einhverja lífshættulega sjúkdóma og hvort vottorðsgefandi læknir telur, að ævilíkur kunni að vera skertar vegna sjúkdóma, slysa, óheilbrigðs lífsstíls og/eða annarra ástæðna.

- 1) a) Hve lengi hefur þú þekkt umsækjanda?
- b) Ef þú hefur ekki þekkt hann áður, hvernig hefurðu gengið úr skugga um hver hann er?
- 2) Hefur umsækjandi nú eða áður greinst með einhverja sjúkdóma / alvarleg einkenni frá eftirtöldum líffærakerfum? (Ef svar er jákvætt, óskast frekari upplýsingar skráðar á **bls. 2** Ath. að þar er einungis óskað eftir upplýsingum um þau atriði, sem geta haft áhrif á ævilíkur umsækjanda að mati vottorðsgefandi læknis.)
- a) Taugakerfi? Nei ☐ Já ☐
- b) Hjarta - og æðakerfi? Nei ☐ Já ☐
- Bp
- c) Öndunarfærum? Nei ☐ Já ☐
- Er saga um reykingar? Nei ☐ Já ☐ Ef já, tilgreinið pakkaár
- d) Meltingarfærum? Nei ☐ Já ☐
- e) Nýrum /þvaggfærum? Nei ☐ Já ☐
- f) Kyn- / æxlunarfærum? Nei ☐ Já ☐
- g) Innkirtlum? Nei ☐ Já ☐
- Hæð cm Þyngd kg. Ummál mittis cm
- h) Alvarlega stoðkerfisjúkdóm(a) Nei ☐ Já ☐
- i) Alvarlega geðsjúkdóm(a) Nei ☐ Já ☐

Nánari svör við spurningum í liðum 2. a) til 2. i) hér að framan:

3) Hefur umsækjandi sögu um aðra alvarlega sjúkdóma /slys:

- a) Í augum? Nei ☐ Já
- b) Í eyrum? Nei ☐ Já
- c) Smitsjúkdóma? Nei ☐ Já
- d) Blóðsjúkdóma? Nei ☐ Já
- e) Háþrýsting? Nei ☐ Já
- f) Sykursýki? Nei ☐ Já
- Insúlínháða? ef já hve lengi
- g) Illkynja sjúkdóm? Nei ☐ Já
- h) Gigtar- /sjálfsofnæmissjúkdóm? Nei ☐ Já
- i) Alvarleg slys? Nei ☐ Já
- j) Áfengis- og eða fíknisjúkdóm? Nei ☐ Já

Nánari svör við spurningum í liðum 3. a) til 3. j) hér að framan:

II. hluti: Læknisskoðun

- 1) Læknisskoðun alveg eðlileg: Nei ☐ Já ☐
Ef nei, vinsamlega tilgreinið jákvæð atriði úr læknisskoðun ef þau skipta máli varðandi lífslíkur umsækjanda að mati læknis

Dags. skoðuna _____

- 2) Telur þú umsækjanda heilbrigðan og fyllilega vinnufæran Nei ☐ Já ☐
Ef ekki, tilgreinið nánar:

- 3) Frekari upplýsingar:

Undirritaður læknir staðfestir hér með, að ofangreinar upplýsingar eru réttar.

Dagsetning: _____ Staður: _____

Undirskrift læknis: _____

Aðsetur: _____ Sími: _____

Vottorðið óskast sent til lífeyrissjóðsins í lokuðu umslagi, merktu trúnaðarlækni eða á rafrænu formi
Umsækjandi greiðir sjálfur fyrir gerð vottorðsins