

Útfyllist af sjúklingi

ALMENNAR UPPLÝSINGAR

Nafn sjúklings _____ Kennitala _____
Heimili _____ Póstnúmer _____ Staður _____
Heimasími _____ Vinnusími _____ GSM _____
Netfang _____
Vinnustaður _____ Starfsheiti _____ Starfshlutfall _____ %
Stéttarfélag _____ Lífeyrissjóður _____

UPPLÝSINGAR UM MEÐFERÐ

Nafn/heiti meðferðaraðila _____ Starfsgrein _____
Aðsetur meðferðaraðila _____
Hvenær átti meðferðin sér stað? Tilgreinið dagsetningu eða tímabil _____
Hvar átti meðferðin sér stað? _____
Ástæða þess að leitað var meðferðar _____
Í hverju fólst meðferðin? _____
Lýsing á því heilsutjóni sem hlaut af meðferðinni (ítarlegt) _____

Hverja telur þú ástæðu heilsutjónsins?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mistök heilbrigðisstarfsfólks | <input type="checkbox"/> Bilun eða galli í tækjum eða búnaði |
| <input type="checkbox"/> Rangt meðferðarval | <input type="checkbox"/> Sýking eða fylgikvilli meðferðar |
| <input type="checkbox"/> Röng eða sein greining | <input type="checkbox"/> Fylgikvilli lyfjanotkunar |
| <input type="checkbox"/> Slysaatburður á heilbrigðisstofnun | <input type="checkbox"/> Bilun eða galli í tækjum eða búnaði |
| <input type="checkbox"/> Annað, hvað? _____ | |

Nánari lýsing á ástæðu heilsutjóns (ítarlegt) _____

_____Hefur þú gert kröfu um bætur á hendur meðferðaraðila eða upplýst hann um væntanlega kröfu? Já Nei

Ef já, hvenær? Dagsetning: _____

AFLEIÐINGAR

Er/varst þú óvinnufær vegna meðferðarinnar? Já Nei

Ef já, tilgreindu tímabil og hlutfall óvinnufærni Frá _____ Til _____ Hlutfall _____ %

Hefur óvinnufærni haft áhrif á tekjur? Já Nei Ef já, frá hvaða tíma? _____

Hefur þú orðið fyrir öðrum útgjöldum vegna meðferðarinnar? (T.d. kostnaði við lyf, lækni meðferð, ferðakostnað o.fl.) Já Nei

Ef já, tilgreinið fjárhæð (mikilvægt er að leggja fram kvittanir fyrir útlögðum kostnaði) _____

Átt þú enn við afleiðingar meðferðarinnar að stríða? Já Nei

Ef já, lýsið núverandi ástandi _____

LÆKNISMEÐFERÐ

Hefur verið leitað meðferðar hjá öðrum meðferðaraðila í kjölfar heilsutjónsins? Já Nei

Ef já, tilgreinið alla meðferðaraðila, tímabil og í hverju meðferðin hefur verið fólgin _____

Ert þú enn til meðferðar vegna heilsutjónsins? Já Nei

Nafn heimilislæknis _____

Aðsetur _____

FYRRA HEILSUFAR

Varst þú heilsuhraust(ur) og að fullu vinnufær fyrir meðferðina? Já Nei Örorkulífeyrisþegi

Áttir þú við meiðsli að stríða fyrir meðferðina? Já Nei Ef já, hver? _____

Áttir þú við veikindi að stríða fyrir meðferðina? Já Nei Ef já, hver? _____

Hefur þú áður legið á sjúkrahúsi vegna veikinda eða slyss? Já Nei Ef já, hvenær og hvers vegna? _____

Hefur þú verið metin(n) til örorku? Já Nei Ef já, hvenær? _____

AÐRAR UPPLÝSINGAR

Upplýsingar um tjónið verða skráðar í Tjónagrunn sem Samtök fjármálafyrirtækja sjá um rekstur á og má ætla að tjónasaga verði könnuð við afgreiðslu málsins.

Ég lýsi því hér með yfir að ég hef svarað öllum spurningum eftir bestu samvisku og hvorki leynt né ranglega tilgreint upplýsingar sem skipt geta máli um ákvörðun bótaskyldu eða bótafjárhæðar. Ég heimila félaginu að afla upplýsinga og gagna frá öðrum aðilum, m.a. öðrum tryggingafélögum og lögreglu, eftir því sem þörf krefur til ákvörðunar bótaréttar og bótafjárhæðar.

Bótagreiðslur óskast lagðar inn á bankareikning nr. _____ - _____ - _____ kt. _____

Staður og dagsetning

Undirskrift sjúklings