

Viðbótarupplýsingar vegna lungnasjúkdóma barns

Feb 2009

Nafn barns _____

Kennitala _____

Vinsamlegast svarið hverri spurningu **sjálfstætt**. Fyllist út af forráðamanni.

1. Hefur barnið nú eða áður haft mæði eða sjúkdóma í öndunarfærum? Já Nei
Ef já, hvers konar, hvenær fyrst og hvenær síðast?

2. Hefur barnið nú eða áður haft asma? Já Nei
Ef já, hvaða lýsing á best við einkenni barnsins (veldu a, b eða c)?

- a) Einkennalaus, þarfnast ekki lyfja.
- b) Ítrekuð köst, notkun lyfja með köstum, sjaldan frá skóla/leikskóla vegna þessa, köst koma gjarnan í tengslum við mikla líkamlega áreynslu.
- c) Ítrekuð köst, notar lyf daglega, köst koma án nokkurra sérstakra aðstæðna /án líkamlegrar áreynslu, jafnvel í sambandi við bronkítis, iðulega frá skóla/leikskóla vegna þessa, jafnvel innlögð á sjúkrahús.

3. Hefur barnið nú eða áður haft bronkítis/berkjubólgu? Já Nei
Ef já, hvaða lýsing á best við einkenni barnsins (veldu a, b eða c)?

- a) Prálátur hósti, aðeins yfir veturinn, lungnarannsókn sýnir ekkert óvenjulegt, sjaldan frá skóla/leikskóla vegna þessa.
- b) Prálátur hósti með hráka, köst vetur og sumar, öndunarerfiðleikar við líkamlega áreynslu, sjaldan frá skóla/leikskóla vegna þessa.
- c) Prálátur hósti með hráka, köst allt árið, öndunarerfiðleikar án líkamlegrar áreynslu, iðulega frá skóla/leikskóla vegna þessa.

4. Hefur barnið nokkurn tíma verið frá skóla/leikskóla vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, hvenær síðast og hversu lengi?

5. a) Notar barnið reglulega lyf vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.

Undirskrift _____

b) Hefur barnið áður notað lyf vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.

c) Hefur barnið þurft að hætta í íþróttum/tómstundum vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, útskýrið nánar:

d) Hefur barnið gengist undir sterameðferð (t.d. Prednison/Prednisolon/Pulmicort)? Já Nei
Ef já, tilgreinið hvenær síðast og hve lengi.

6. a) Hefur barnið verið lagt inn á sjúkrahús eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Nöfn og heimilisföng lækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað barnið. Getið einnig til um hvenær meðferð fór fram (mánuð/ár). Já Nei

b) Eru gerðar mælingar á lungnastarfsemi heima fyrir (Peak-flow mæling)? Já Nei
Ef já, hvenær fór síðasta mæling fram og hverjar urðu niðurstöðurnar?

c) Hefur barnið farið í röntgenrannsókn vegna lungnanna? Já Nei
Ef já, tilgreinið hvenær, hvar og niðurstöðurnar.

7. Er barnið í reglulegu eftirliti vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, hjá hverjum og hversu oft?

Undirskrift _____

8. Hefur verið sótt um og/eða fengið bætur vegna sjúkdómsins? Já Nei
Ef já, skýrið nánar.

9. Hefur þú einhverju við að bæta? Já Nei

Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að barnið hefur ekki verið veikt eða í læknisrannsókn, að barnið hefur ekki orðið fyrir óhappi eða slysi og að það hafa ekki orðið neinar aðrar breytingar á heilsufari þess síðan að ég síðast undirritaði váttryggingarumsókn til OKKAR líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar, og þær, ásamt eldri tryggingarbeiðni og váttryggingarskilmálum OKKAR líftrygginga hf. skulu vera grundvöllur váttryggingarsamnings milli mín og félagsins. Komi síðar í ljós að ég hafi gefið rangar upplýsingar á sviksamlegan hátt, eða leynt atriðum, sem skipt gætu félagið máli, er váttryggingarsamningurinn ógildur frá upphafi og greidd iðgjöld töpuð. Ég samþykki að félagið megi leita upplýsinga hjá þeim sjúkrahúsum og læknum sem barnið hafa stundað og leysi ég þá frá þagnarheitinu að því leyti.

Staður og dagsetning

Undirskrift forráðamanns

Vinsamlegast undirritið einnig síðu 1 og 2