

# Viðbótarupplýsingar vegna einkenna frá hjarta/hjartasjúkdóma og háþrýstings

Feb 2009

Umsækjandi \_\_\_\_\_

Kennitala \_\_\_\_\_

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

## Hjartasjúkdómar

1. a) Hefur þú nú eða áður haft brjóstverki, átt erfitt með andardrátt eða önnur einkenni hjartakvilla? Ef já, hvenær fyrst og hvenær síðast?  Já  Nei

---

---

- b) Á hvaða tíma sólarhrings koma þessi einkenni helst? Nákvæm tímasetning (dags/nætur).

---

- c) Af hvaða hjartasjúkdómi/einkennum frá hjarta þjáist þú?

---

- d) Hafa foreldrar eða systkini haft eða fengið hjartasjúkdóm fyrir 60 ára aldur? Ef já, hver og á hvaða aldri?  Já  Nei

---

- e) Séu foreldri eða systkini látin, tilgreinið hver það er ásamt aldri og dánarorsök.

---

---

2. a) Hefur þú verið lagður/lögð inn eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? Nöfn og heimilisföng lækna/grasalækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um hvenær rannsókn/meðferð fór fram (mánuð/ár).  Já  Nei

---

---

---

- b) Hvaða rannsóknir voru gerðar, hvenær og hverjar voru niðurstöður?

---

---

- c) Hefur þú farið í aðgerð vegna sjúkdómsins? Ef já, hvers konar aðgerð og hver var árangurinn?  Já  Nei

---

---

Undirskrift \_\_\_\_\_

d) Hefur þú mælst með of hátt kolesteról?  Já  Nei  
Ef já, hverjar voru tölurnar/gildin? \_\_\_\_\_

e) Ert þú nú eða hefur þú áður verið í lækni meðferð vegna einkenna/sjúkdóms?  Já  Nei  
Ef já, hvaða lækni meðferð, hvenær og hver varð árangurinn?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. a) Notar þú reglulega lyf vegna einkennanna/sjúkdómsins?  Já  Nei  
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Hefur þú áður notað lyf vegna einkennanna/sjúkdómsins?  Já  Nei  
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. a) Hefur þú tekið veikindafrí eða verið óvinnufær vegna sjúkdómsins?  Já  Nei  
Ef já, tilgreinið hvenær síðast og hve lengi.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Hefur þú óþægindi af sjúkdómnum í vinnunni?  Já  Nei

c) Hefur þú þurft að skipta um eða minnka vinnu vegna einkenna/sjúkdómsins?  Já  Nei  
Ef já, hvenær?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Í hverju felst vinna þín?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Trufla einkennin/sjúkdómurinn við daglegar athafnir?  Já  Nei  
Ef já, hvaða lýsing á best við þín einkenni (veldu a, b eða c):

a) Brjóstverkir aðeins við mikla líkamlega áreynslu eða geðshræringu, lyf virka vel, ekki erfitt um andardrátt.

b) Dagleg eða næstum dagleg einkenni, lyf virka vel, hefur ekki áhrif á daglegar athafnir, einungis erfitt um andardrátt í köstum.

c) Endurtekin einkenni, einnig í hvíld. Lyf hjálpa ekki alltaf, erfitt með andardrátt.

6. Hefur þú náð fullum bata?  Já  Nei  
Ef nei, skýrið nánar.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Undirskrift \_\_\_\_\_

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

### Háprýstingur

1. a) Hefur þú of háan blóðþrýsting?  
Ef já, síðan hvenær?  Já  Nei

- 
- b) Notar þú lyf vegna þessa?  
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.  Já  Nei

- 
- c) Hefur þú áður haft of háan blóðþrýsting?  
Ef já, á hvaða tímabili?  Já  Nei

- 
- d) Hefur þú áður notað lyf vegna þessa?  
Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir.  Já  Nei

- 
- e) Hvenær var blóðþrýstingur síðast mældur? Dags. \_\_\_\_\_  
Niðurstöður \_\_\_\_\_

2. a) Hefur nú nokkurn tíma verið frá vinnu vegna háprýstings?  
Ef já, hvenær síðast og hve lengi?  Já  Nei

- 
- b) Veldur háprýstingurinn þér óþægindum í vinnu?  
Ef já, skýrðu nánar.  Já  Nei

- 
- c) Hefur þú skipt um vinnu eða þurft að minnka vinnu vegna háprýstings?  
Ef já, á hvaða tímabili?  Já  Nei

- 
- d) Í hverju felst vinna þín?

- 
3. Hefur þú náð fullum bata?  
Skýrið nánar.  Já  Nei

Undirskrift \_\_\_\_\_

## Almennar spurningar

1. a) Reykir þú?  Já  Nei  
Ef já, síðan hvenær og hversu margar á dag?

---

b) Hefur þú áður reykt?  Já  Nei  
Ef já, á hvaða tímabili og hversu margar á dag?

2. Hefur þú sótt um og/eða fengið bætur vegna háþrýstings?  Já  Nei  
Ef já, hvaðan og á hvaða tímabili?

3. Hefur þú einhverju við að bæta?  Já  Nei

---

---

---

---

---

---

### Eigin yfirlýsing og undirskrift

Ég staðfesti hér með að ég hef ekki verið veik/ur eða í læknisrannsókn, að ég hef ekki orðið fyrir óhappi eða slysi og að það hafa ekki orðið neinar aðrar breytingar á heilsufari mínu 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 mig hafa stundað og leysi ég þá frá þagnarheitinu að því leyti.

---

Staður og dagsetning

---

Undirskrift umsækjanda

Vinsamlegast undirritið einnig síðu 1, 2 og 3