

Læknisvottorð vegna slyss

Áverkavottorð



Sjúkratryggingar Íslands

Vinlandsleið 16
113 Reykjavík
Sími 515-0000
www.sjukra.is

1. Nafn		2. Kennitala
3. Heimilisfang	4. Póstnúmer	5. Staður
6. Heimasími / GSM / vinnusími	7. Netfang	

9. Nafn foreldris ef slasaði er yngri en 18 ára	10. Kennitala
-------------------------------------------------	---------------

11. Slyss varð <input type="checkbox"/> a. Við vinnu <input type="checkbox"/> b. Við stjórn véla/ökutækja <input type="checkbox"/> c. Við iðnnám <input type="checkbox"/> d. Við íþróttaiðkun <input type="checkbox"/> e. Við björgunarstörf <input type="checkbox"/> f. Við heimilisstörf skv. tryggingu á framtali		
12. Nafn fyrirtækis eða vinnuveitanda		
13. Slysstund, dagur, mánuður, ár, kl <input type="checkbox"/> Í vinnutíma <input type="checkbox"/> Utan vinnutíma / í frítíma		
14. Slysstaður – hvar? <input type="checkbox"/> Á vinnustað <input type="checkbox"/> Á leið til / frá vinnu		
15. Hvar og í hvaða erindum? <input type="checkbox"/> Á öðrum stað í erindum fyrirtækis		
16. Lýsing á tildrögum eða orsök slyssins, m.a. hvað hinn slasaði hafðist að		
17. Hvenær sást þú slasaða fyrst af þessu tilefni?		
18. Hefur annar læknir stundað slasaða vegna þessa slyss? Ef já, hver og hvenær? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		
19. Hefur slasaði verið vistaður á sjúkrahúsi vegna slyssins? Ef já, hvar og hvenær? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		
20. Hefur slasaði verið óvinnufær vegna þessa slyss? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		
21. Ef já við lið nr. 20 vinsamlegast fyllið út hlutfall og tímabil óvinnufærni. Að fullu Frá: Til: Að hluta (Hve mörg %) Frá: Til:		
22. Var slasaði haldinn sjúkdómi fyrir slysið? Ef já, hvaða og helstu einkenni hans í þessu tilviki? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		
23. Átti þessi sjúkdómur þátt í slysinu? Ef já, hvernig? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		
24. Hefur hann tafið fyrir bata vegna slyssins? Ef já, hvers vegna? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Já		

25. Sjúkdómsgreining vegna slyssins	26. ICD 10
-------------------------------------	------------

27. Stutt almenn sjúkrasaga

28. Niðurstaða skoðunar og rannsóknar

29. Í hverju er meðferð fólgin og hverjar eru batahorfur?

30. Nafn læknis, aðsetur, sími, netfang og læknisnúmer

31. Dagsetning

32. Undirskrift læknis

Kt: