

Læknisvottorð vegna forfalla/ferðarofs

Útfyllist af lækni

I. Grunnupplýsingar

Nafn sjúklings _____ Kennitala _____

II. Ástæða forfalla/ferðarofs

Dagsetning slyss/upphaf veikinda Dagur _____ Mánuður _____ Ár _____ ICD10 _____

Lýsing á veikindum/afleiðingum slyss _____

Er sjúklingur líkamlega/andlega fær um að ferðast? Já Nei

Ef nei, hvenær varð sjúklingurinn óferðafær (dags.)? _____

III. Fyrri heilsufar

Hefur sjúklingur verið til meðferðar vegna sama eða tengds heilsufarsvanda s.l. eitt ár? Já Nei
(Með meðferð er átt við læknskómur, ráðgjöf, lyfjanotkun, þjálfun, endurhæfingu eða hvers konar aðra meðhöndlun af hálfu heilbrigðisstarfsfólks.)

Ef já, lýsið nánar í hverju meðferðin var fólgin:

Læknakomur (dags.) _____

Lyfjameðferð _____

Annað, hvað _____

Var/er viðkomandi á biðlista eftir skurðaðgerð/meðferð sem tengist veikindum/slysi? Já Nei

Ef já, hvenær fór viðkomandi á biðlista vegna aðgerðar (dags.)? _____

Hefur sjúklingur verið fullkomlega vinnu- og ferðafær s.l. eitt ár? Já Nei

Ef nei, tilgreinið ástæðu _____

Eru einhver önnur atriði, heilsufarsleg eða önnur, sem hafa áhrif á getu sjúklings til að ferðast? Já Nei

Ef já, skýrið nánar _____

IV. Eigin yfirlýsing og undirskrift

Undirrituð(aður) vottar hér með að ofangreindar upplýsingar eru eftir minni bestu vitund réttar og tæmandi og að þar sé aðeins vottað það sem sannreynt hefur verið í samræmi við 19. gr. laga nr. 34/2012 um heilbrigðisstarfsmenn og rgl. 586/1991 um gerð og útgáfu læknisvottorða. Mér er ljóst að vottorðið verður notað til ákvörðunar váttryggingafélagsins á bótarétti sjúklings og er reiðubúin(n) að staðfesta efni þess fyrir dómi ef þess er krafist.

Staður og dagsetning

Undirskrift læknis og læknanúmer