

## Hjartasjúkdómar/einkenni frá hjarta og háþrýstingur

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

### I. Hjartasjúkdómar

Vátryggður \_\_\_\_\_ Kennitala \_\_\_\_\_

1. a) Hefur þú nú eða áður haft brjóstverki, átt erfitt með andardrátt eða önnur einkenni hjartakvilla? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær fyrst og hvenær síðast? \_\_\_\_\_

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 fengið hjartasjúkdóm fyrir 60 ára aldur? .....  Já  Nei

Ef já, hver og á hvaða aldri? \_\_\_\_\_

e) Séu foreldri eða systkini látin, tilgreinið hver, ásamt aldri og dánarorsök \_\_\_\_\_

2. a) Hefur þú verið lagður/lögð inn eða farið í rannsókn vegna sjúkdómsins? .....  Já  Nei

Ef já, tilgreinið nöfn og heimilisföng lækna, sjúkrahúsa/einkastofa eða þeim sem hafa meðhöndlað þig. Getið einnig til um

hvenær rannsókn/meðferð fór fram (mánuð/ár) \_\_\_\_\_

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

- c) Hefur þú farið í aðgerð vegna sjúkdómsins? .....  Já  Nei

Ef já, hvers konar aðgerð og hver var árangurinn? \_\_\_\_\_

- 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 var árangurinn? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. a) Notar þú reglulega lyf vegna einkenna/sjúkdómsins? .....  Já  Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Hefur þú áður notað lyf vegna einkenna/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. Hafa einkennin/sjúkdómurinn áhrif á 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 ...  Já  Nei

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

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

6. Hefur þú náð fullum bata? .....  Já  Nei

Ef nei, skýrið nánar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## II. Háþrýstingur

1. a) Hefur þú of háan blóðþrýsting? .....  Já  Nei

Ef já, síðan hvenær? \_\_\_\_\_

b) Notar þú lyf vegna þessa? .....  Já  Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir \_\_\_\_\_

c) Hefur þú áður haft of háan blóðþrýsting? .....  Já  Nei

Ef já, á hvaða tímabili? \_\_\_\_\_

d) Hefur þú áður notað lyf vegna þessa? .....  Já  Nei

Ef já, tilgreinið lyf og skammtastærðir \_\_\_\_\_

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

2. a) Hefur þú nú nokkurn tíma verið frá vinnu vegna háþrýstings? .....  Já  Nei

Ef já, hvenær síðast og hve lengi? \_\_\_\_\_

b) Veldur háþrýstingurinn þér óþægindum í vinnu? .....  Já  Nei

Ef já, skýrðu nánar \_\_\_\_\_

c) Hefur þú skipt um vinnu eða þurft að minnka vinnu vegna háþrýstings? .....  Já  Nei

Ef já, á hvaða tímabili? \_\_\_\_\_

3. Hefur þú náð fullum bata? .....  Já  Nei

Ef nei, skýrið nánar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. Almennar spurningar

1. a) Reykir þú? .....  Já  Nei

Ef já, síðan hvenær og hversu mikið á dag? \_\_\_\_\_

b) Hefur þú áður reykt? .....  Já  Nei

Ef já, á hvaða tímabili og hversu mikið 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? \_\_\_\_\_

### IV. 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 Varðar líftrygginga hf.

Ég lýsi því einnig yfir að ofangreindar upplýsingar eru réttar og þær ásamt eldri tryggingarbeiðni og váttryggingarskilmálum Varðar 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

Vinsamlegast skráið upphafsstafi á síðu 1-3