



P15

HEILSULÝSING

Navn: _____ Persónstal: _____
Bústaður: _____ Tr.nr.: _____
Starv og stutt starvslýsing: _____

Tá ið tú skrivar heilsuváttanina er týðningarmikið, at tú:

- Svarar øllum spurningunum vandaliga, uttan at eftirhalda nøkrum – t.d. viðurskifti sum ryggtrupulleikar, sálarligar bágar og nýtslu av heilivági og rúsdrekka – eisini sjálvt um tað ikki hevur nakað at týða fyri tryggingina.
- Upplýsir um sjúku/ur nú og fyrr.
- Upplýsir um allar kanningar og viðgerðir hjá læknum, kiropraktorum, fysioterapeutum v.m.
- Upplýsir um allar kanningar og viðgerðir á sjúkrahúsum, ambulatorium, rannsóknarstovum v.m.

Tín er ábyrgdin fyri, at lýsingin er røtt. Gev gætur, at vantandi ella ikki heilt neyvar upplýsingar kunnu í ringasta føri hava við sær, at tú fært ongan fulnað, um tú verður fyri einari tryggingarhending.

Tú skalt ikki upplýsa um gen-kanningar, tvs. kanningar, sum lýsa tínar ílegur (ættarbregi) og framtíðarvánir fyri sjúkum.

Verður krossur settur við ja, skalt tú svara neyvari spurningunum. Skrivað aftanfyri ella á eykblað, um ov lítið pláss er.

1

Hevur tú seinastu 10 árin verið í viðtalu, kannaður ella viðgjørður hjá niðan fyri nevndu?

a. Lækna ella serlækna Nei Ja

Um ja, verður her útfyllt:

NB: Spurningarnir umfata bæði sálarligar og kropsligar sjúkur ella brek, tó eru barnasjúkur uttan eftirsjúku og stuttvarandi beinkrím undantikið

Viðgerari: _____

navn og bústaður

Orsøk: _____

Nær? (mán./ár) _____

Hevur tú fylgjur/trupulleikar? Nei Ja, hvørjar? _____

b. Sálarsjúkulækna, sálarfrøðingi ella sálarsjúkuviðgera Nei Ja

Viðgerari: _____

navn og bústaður

Orsøk: _____

Nær? (mán./ár) _____

Hevur tú fylgjur/trupulleikar? Nei Ja, hvørjar? _____

c. Kiropraktori ella fysioterapeuti Nei Ja

Viðgerari: _____

navn og bústaður

Orsøk: _____

Nær? (mán./ár) _____

Hevur tú fylgjur/trupulleikar? Nei Ja, hvørjar? _____

d. Øðrum viðgera, eisini alternativum viðgera Nei Ja

Viðgerari: _____

navn og bústaður

Orsøk: _____

Nær? (mán./ár) _____

Hevur tú fylgjur/trupulleikar? Nei Ja, hvørjar? _____

| | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 | Hevur tú seinastu 10 árin verið innløgð/ innlagdur, viðgjørð/ur ella kannað/ur á sjúk- rahúsi/privatari klinik? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvar? _____ Fyri hvat? _____ Nær? (mán./ár) _____ Hevur tú fylgjur/trupulleikar? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvørjar? _____ _____ |
| 3 | Hevur tú seinastu 10 árin verið ávístur til rannsóknarstovu, ambulatorium ella annað viðgerðarstað, herundir røntgen- og fysiur- giska klinik? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvar? _____ Fyri hvat? _____ Nær? (mán./ár) _____ Hevur tú fylgjur/trupulleikar? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvørjar? _____ _____ |
| 4 | Ert tú ávístur ella góðtikin á bíðilista til kann- ing, viðgerð ella innlegging? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvar/hjá hvørjum? _____ Fyri hvat? _____ |
| 5 | Hevur tú nú ella seinastu 10 árin havt sjúkur í ella trupulleikar (pínu ella bága) frá nakka, ryggi ella lendum, herundir diskusprolaps, lumbago, Whip-lash, vøddaspenningar v.m.? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvørjar? _____ Nær seinast? (mán./ár) _____ Hvør hevur viðgjørt teg? _____ _____ navn og bústaður |
| 6 | Hevur tú nú ella seinastu 10 árin havt sjúkur í ella trupulleikar (pínu ella bága) frá akslum, ørmum, albogum, hondum, mjadnum, koku, beinum, knøum ella fótum, herundir eisini liða- og giktasjúkur? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvørjar? _____ Nær seinast? (mán./ár) _____ Hvør hevur viðgjørt teg? _____ _____ navn og bústaður |
| 7 | a. Hevur tú viðføtt kropsbrek ella fylgjur (mein) eftir skaða? b. Hevur tú niðursetta hoyrn? c. Sært tú illa? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvat/hvørji? _____ Orsök? _____ Orsök? _____ Brillu-/kontaktkúpustyrki: Høgra: +/- ____ Vinstra: +/- ____ |
| 8 | a. Nýtir tú heilivág, sum eru fyriskipaður av lækna ella øðrum viðgerara? b. Hevur tú áður verið í medisinskari viðgerð í meira enn 1 mánað, heruppi við sissandi ella pínustillandi heilivági? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Hvønn heilivág: _____ Fyri hvat? _____ Hvønn heilivág: _____ Nær? _____ Fyri hvat? _____ |
| 9 | a. Drekkur tú øl, vín, heitvín ella rúsdrekka? b. Hevur tú fyrr havt størri nýtlu av øli, vini, heitvíni ella rúsdrekka? c. Fært tú, ella hevur tú fingð viðgerð fyri hetta? d. Roykir tú? | Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> | Um ja, verður her útfylt: Meðalnýtsla _____ skamtir um vikuna Meðalnýtsla _____ skamtir um vikuna Í hvørjum tíðarskeiðum? (mán./ár) _____ Hvørja viðgerð og hvar? _____ Í hvørjum tíðarskeiðum? (mán./ár) _____ Hvussu stór daglig nýtsla? _____ |

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | (tal á sigarettum/sigarum/pípum) |
| e. Um ekki, hefur tú royktt fyrr? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nær legið tú av at roykja? (mán./ár) _____ |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvussu stór daglig nýtsla? _____ (tal á sigarettum/sigarum/pípum) |
| f. Brúkar tú, ella hefur tú brúkt "hørð evni" (t.d. heroin, speed, kokain ecstasy, LSD), hash, anabolsk evni, lívrunnin loysingar- evni ella onnur eggjandi evni? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvørji evni? _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Í hvørjum tíðarskeiðum? (mán./ár) _____ |
| g. Hefur tú fingið viðgerð ella ráðgeving fyri hetta? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvørja viðgerð og hvar? _____ _____ |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Í hvørjum tíðarskeiðum? (mán./ár) _____ |

| | | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10 | Hevur tú seinastu 10 árin verið sjúk/ur ella óvinnufør/ur í 1 mánað ella meira? | Nei Ja | Um ja, verður her útfylt: |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Av hvørji orsök? _____ |
| | | | Nær? (mán./ár) _____ |
| | | | Hvussu leingi? _____ |
| | | | Eru fylgjur/eftirbrek? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja, hvørji? _____ _____ |

| | | | |
|-----------|------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------|
| 11 | Ert tú fullkomiliga arbeiðsfør/ur? | Nei Ja | Um nei, hví ikki? _____ _____ |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

| | | | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 12 | a. Ert tú undir endurútbúgving ella arbeiðir tú niðursetta tíð av heilsuávum? | Nei Ja | Um ja, verður her útfylt: Síðan nær? (mán./ár) _____ |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Orsök: _____ |
| | b. Hevur tú skift starv av heilsuávum? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Frá: _____ Til: _____ |
| | c. Hevur tú søkt um ella fingið almannahjálp ella endurgjald av heilsuávum? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Orsök? _____ |

| | | | |
|-----------|-----------------------------------------|---------------|---------------|
| 13 | Hvussu høg/ur ert tú, og hvat vigar tú? | Hædd _____ cm | Vekt _____ kg |
|-----------|-----------------------------------------|---------------|---------------|

| | | |
|-----------|--------------------|-------------------------------------------|
| 14 | Hvør er tín lækni? | Navn og bústaður: _____ _____ _____ |
|-----------|--------------------|-------------------------------------------|

| | | | |
|-----------|-------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|
| 15 | Fært tú almenna- ella aðra pensjón? | Nei Ja | Um ja, hvørja? _____ |
| | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

Hevur tú aðrar viðmerkingar, kanst tú skriva tær her. Minst til at viðmerkja hvønn spurning (nr.) hetta viðvíkur.

Er neyðugt við meira plássi, kanst tú skriva á eykblað. Minst til at dagfesta og undirskriva eykblaðið.

Mær er greitt, at tryggingin kann verða lækkað ella sett úr gildi, eftir ásetingunum í tryggingaravtalulógini, um svør míni eru ikki heilt sonn, ella um tagt er við onkrum.

Viðvíkjandi innheinting og víðarilating av upplýsingum, verður víst til serliga samtykkiváttan (FP 601).

Staður

Dagur

Undirskrift tryggingarsøkjjarans

Lív-átekning: góðkend ikki góðkend

Dagfesting:

Forbókstavir + stempul:

Viðgj. á læknafundi: Treytir:



Nýtekning ella broyting

FP 601 – Samtykki til innheinting og víðarilating av upplýsingum

Tú skalt tú geva samtykki

Tá ið tú vilt tekna eina trygging ella gera broyting/ar í tryggingaravtaluni í tryggingartíðini, hefur LÍV tørv á upplýsingum, sum kunnu hava týðning fyri meting av tryggingarváganum. Gevur tú ósannar upplýsingar, ella letur vera við at geva viðkomandi upplýsingar, kunnu fylgjurnar verða, at tú fært ikki tryggingarupphæddina, ella bert part av henni, útgoldna tann dagin tú hefur tørv á endurgjaldskravi frá LÍV. Hetta er ásett í tryggingaravtalulógini.

Tín lækni o.fl. kunnu geva víðari heilsupplýsingar v.m.

Tín lækni kann, við tínum samtykki, lata víðari upplýsingar um tíni heilsuviðurskifti, upplýsingar um onnur privat viðurskifti og onnur trúnaðarmál. Almennir myndugleikar og tryggingarfeløg v.m. kunnu, somuleiðis við tínum samtykki, lata víðari upplýsingar um teg. Hesar heimildir eru sambært galdandi lóggávu.

Tú kanst altíð afturkalla títt samtykki

Títt samtykki er galdandi í eitt ár, eftir at tú hefur givið tað. Eitt avrit av hesum verður givið øllum, sum LÍV ynskir at fáa upplýsingar frá. Angrar tú títt samtykki, kanst tú altíð velja at afturkalla tað.

Tú fært fráboðan hvørja ferð LÍV innheintar upplýsingar

Hvørja ferð LÍV innheintar ítøkiligar upplýsingar, fært tú fráboðan um, hví ynski er um upplýsingarnar, hvørjar upplýsingar biðið verður um, nágreiniliga fyri hvat tíðarskeið og frá hvørjum LÍV ynskir at innheinta upplýsingarnar.

Samtykki

Eg gevi við hesum mítt samtykki til, at LÍV kann innheinta allar viðkomandi upplýsingar. Hetta kunnu vera sjúkuupplýsingar, upplýsingar um míni heilsuviðurskifti, herundir samband við heilsuverkið, upplýsingar um sosial viðurskifti v.m.

Upplýsingar kunnu heintast frá læknum, sjúkrahúsum og øðrum viðkomandi pørtum í heilsuverkinum, hjá almennum myndugleikum, herundir almannaverki/kommunum, Vanlukkutryggingarráðnum o.tíl. og løgreglu og eisini frá øðrum tryggingarfeløgum og pensjónskøssum. Tær innheintaðu upplýsingarnar kunnu latast víðari til onnur tryggingarfeløg v.m., almennar stovnar og løggildar persónar innan heilsuverkið, sum koma at hava við mítt mál at gera.

Samtykkið fevnir bert um upplýsingar framman undan tekningini ella broytingini av hesari trygging.

Avrit av hesum samtykki verður givið læknanum o.ø., sum LÍV biður um upplýsingar frá.

.....
(staður og dagfesting)

.....
(undirskrift tryggingarsøkjandi)

10/2009

Læknafelagið hefur góðkent, at hendan samtykkiváttan kann verða nýtt í sambandi við umbøn um heilsupplýsingar v.m. frá læknum. Tá biðið verður um upplýsingar frá læknum, verður avtalað váttan nýtt, og supplerað verður við avriti/um ella úrdrátti av viðkomandi journaltilfari, um LÍV biður um tað.