

Sjúkradagpeningavottorð

Virðing
Réttlæti

VR

Nafn _____ Kt. _____

Heimili _____

Hs. _____ Vs. _____ Gsm. _____

Netfang / netföng _____

Dagsetning síðustu skoðunar _____

Heiti sjúkdóms _____ ICD 10 _____

Vinnufærni sjúklings af þessum sjúkdómi að þessu sinni samkvæmt því sem þú hefur staðreynt:

- | | | |
|---|-------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Óvinnufær með öllu | Frá (dags.) _____ | Til (dags.) _____ |
| <input type="checkbox"/> Óvinnufær að hluta | Frá (dags.) _____ | Til (dags.) _____ |
| <input type="checkbox"/> Vinnufær | Frá (dags.) _____ | Til (dags.) _____ |

Getur endurhæfing nýst viðkomandi? _____

Er óvinnufærni vegna slyss? Ef já, hvers konar slyss? _____

Nafn læknis _____

Aðsetur, sími, netfang og læknisnúmer _____

Stimpill læknis:

Dagsetning

Undirskrift læknis