

# 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