

Nafn umsækjanda				Kennitala
Heimilisfang				Sími
Hjúskaparstétt?	Gift/Kvæntur	Skilin(n)	Sambúð	
Nafn maka				Kt. maka
Nýtur umsækjandi örorkulífeyris frá lífeyrissjóði?	Nei	Já		
Ef já, hvaða lífeyrissjóði?	_____			og frá hvaða tíma? _____
Nýtur umsækjandi örorkulífeyris frá T.R?	Nei	Já	Ef já, frá hvaða tíma?	_____

I. hluti: Upplýsingar um heilsufar

Ath. Mikilvægt er, að fram komi í vottorðinu upplýsingar um það, hvort umsækjandi hafi sögu um einhverja lífshættulega sjúkdóma og hvort vottorðsgefandi læknir telur, að ævilíkur kunni að vera skertar vegna sjúkdóma, slysa, óheilbrigðs lífsstíls og/eða annarra ástæðna.

- 1) a) Hve lengi hefur þú þekkt umsækjanda? _____
- b) Ef þú hefur ekki þekkt hann áður, hvernig hefurðu gengið úr skugga um hver hann er? _____
- 2) Hefur umsækjandi nú eða áður greinst með einhverja sjúkdóma / alvarleg einkenni frá eftirtöldum líffærakerfum? (Ef svar er jákvætt, óskast frekari upplýsingar skráðar á **bls. 2** Ath. að þar er einungis óskað eftir upplýsingum um þau atriði, sem geta haft áhrif á ævilíkur umsækjanda að mati vottorðsgefandi læknis.)
- a) Taugakerfi? Nei Já
- b) Hjarta - og æðakerfi? Nei Já
- BP _____
- c) Öndunarfærum? Nei Já
- Er saga um reykingar? Nei Já Ef já, tilgreinið pakkaár _____
- d) Meltingarfærum? Nei Já
- e) Nýrum /þvaggfærum? Nei Já
- f) Kyn- / æxlunarfærum? Nei Já
- g) Innkirtlum? Nei Já
- Hæð _____ cm Þyngd _____ kg. Ummál mittis _____ cm
- h) Alvarlega stoðkerfisjúkdóm(a) Nei Já
- i) Alvarlega geðsjúkdóm(a) Nei Já

Nánari svör við spurningum í liðum 2. a) til 2. i) hér að framan:

3) Hefur umsækjandi sögu um aðra alvarlega sjúkdóma /slys:

a) Í augum?	Nei	Já
b) Í eyrum?	Nei	Já
c) Smitsjúkdóma?	Nei	Já
d) Blóðsjúkdóma?	Nei	Já
e) Háþrýsting?	Nei	Já
f) Sykursýki?	Nei	Já
Insúlínháða? ef já hve lengi		
g) Illkynja sjúkdóm?	Nei	Já
h) Gigtar- /sjálfsofnæmissjúkdóm?	Nei	Já
i) Alvarleg slys?	Nei	Já
j) Áfengis- og eða fíknisjúkdóm?	Nei	Já

Nánari svör við spurningum í liðum 3. a) til 3. j) hér að framan:

II. hluti: Læknisskoðun

1) Læknisskoðun alveg eðlileg: Nei Já
Ef nei, vinsamlega tilgreinið jákvæð atriði úr læknisskoðun ef þau skipta máli varðandi lífslíkur umsækjanda að mati læknis
Dags. skoðuna _____

2) Telur þú umsækjanda heilbrigðan og fyllilega vinnufæran Nei Já
Ef ekki, tilgreinið nánar:

3) Frekari upplýsingar:

Undirritaður læknir staðfestir hér með, að ofangreinar upplýsingar eru réttar.

Dagsetning: _____ Staður: _____

Undirskrift læknis: _____

Aðsetur: _____ Sími: _____

Vottorðið óskast sent til lífeyrissjóðsins í lokuðu umslagi, merktu trúnaðarlækni eða á rafrænu formi
Umsækjandi greiðir sjálfur fyrir gerð vottorðsins