



## Læknisvottorð

*Athugið að læknisvottorð skal útfyllast af lækni. Notandi á einungis að skrifa nafnið sitt á læknisvottorðið, annað skal útfyllt af lækni.*

Nafn: \_\_\_\_\_

Kt: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Póstfang: \_\_\_\_\_

Dagsetning skoðunar: \_\_\_\_\_

Símanúmer/-farsími: \_\_\_\_\_

Hæð: \_\_\_\_\_ Þyngd: \_\_\_\_\_

Upplýsingar um fötlun umsækjanda \_\_\_\_\_

Hreyfigeta umsækjanda \_\_\_\_\_

Tekur umsækjandi lyf að staðaldri, ef já þá hvað lyf \_\_\_\_\_

Eru einhverjar athugasemdir við eftirfarandi:

Heyrn: \_\_\_\_\_

Hjarta og æðasjúkdómar \_\_\_\_\_

Öndunarfærasjúkdómar \_\_\_\_\_

Aðrar upplýsingar sem gætu skipt máli \_\_\_\_\_

Ég undirrituð/-aður gef hér með samþykki mitt fyrir því að augnlæknir Miðstöðvarinnar megi áframsenda ofangreindar upplýsingar til starfsfólk miðstöðvarinnar. Allir starfsmenn Miðstöðvarinnar eru bundnir þagnarskyldu og hafa þar af leiðandi ekki heimild til að láta þessar upplýsingar frá miðstöðinni.

\_\_\_\_\_  
Staður og dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift umsækjenda

\_\_\_\_\_  
Staður og dagsetning

\_\_\_\_\_  
Undirskrift læknis

173/1

Þjónustu- og þekkingarmiðstöð fyrir blinda, sjónskerta og einstaklinga með samþætta sjón- og heyrnarskerðingu

Hamrahlíð 17, 105 Reykjavík Sími 545 5800 midstod@midstod.is