

# FP 710 Sundhedsforsikringsattest

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten udfyldes af kundens alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5a og 5b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

Denne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikrings-selskab, hvor den forsikrede er kunde. Lægen honoreres således kun, hvis selskabet har bedt lægen om at udfylde den. Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest. Hvis selskabet eller patienten ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at patienten er til stede imens, skal patienten afgive samtykke hertil.

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Skadesnr./policenr.: \_\_\_\_\_

Attesten er udfyldt vedrørende: \_\_\_\_\_

## Udfyldes af lægen

<b>1</b>	Hvor længe har du været patientens læge?		Dato:
<b>2</b>	Hvilke symptomer har patienten, og hvornår startede de?		Dato for første symptom:
	Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang?		Dato:
<b>3</b>	Foreligger der en diagnose på tilstanden?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken diagnose (gerne på latin):
	Er sygdommen kronisk?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Hvornår blev diagnosen stillet?		Dato:
<b>4</b>	Har du henvist patienten til speciallæge, sygehus eller anden behandler, fx psykolog, fysioterapeut, diætist?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning.
	a. Har du henvist patienten til billeddiagnostiske undersøgelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning.
	b. Ved psykologhjælp: Er patienten henvist via den offentlige sygesikring?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning. Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykolog- hjælp:
			Hvis <b>NEJ</b> , kan du anbefale psykologhjælp?
	c. Ved behandling hos diætist:		Højde:                      Vægt: Angiv indikationen for behandlingen:
	d. Ved kiropraktorbehandling: Kan du anbefale kiropraktorbehandling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>5</b>	Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade inden for de seneste [10] år?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvornår: Dato:

<b>6</b>	Skønner du på det foreliggende grundlag, at symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?  Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken indflydelse på tilstanden?  Dato:
----------	--	---	--

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.  
 Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:	Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:
..... Dato                      Lægens underskrift  <b>Nøjagtig adresse (stempel):</b>	

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.10.01.03