

Attest vedrørende kronisk sygdom

Første fraværdsdag

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



Udfyldes af lægen

1. Helbredsforhold

Diagnose - latin og dansk	
Anses sygdommen for at være langvarig/kronisk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Skønnes sygdommen at forøge fraværdsrisikoen i væsentlig omfang	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Den forøgede fraværdsrisiko forventes at være	<input type="checkbox"/> Varig <input type="checkbox"/> Tidsbe- grænset
Igangværende undersøgelse/behandling eller henvisning til behandling andetsteds (sygehus, speciallæge m.v.)	

2. Sygehusindlæggelse/ambulant behandling

Er patienten henvist til indlæggelse/ambulant behandling p.g.a. den oplyste sygdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvornår er henvisningen besluttet	Henvisningsdato
Angiv forventet tidspunkt for indlæggelse/modtagelse	Tidspunkt

Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.	
Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift