

FP 910 Rejseforsikringsattest - afbestilling af rejse

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.

Udfyldes af forsikringselskabet:

Forsikredes navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Policenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

- Spørgsmål 8a i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er: _____
ddmm-yyyy
- Der kan eventuelt vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.
- De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.
- Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Udfyldes af lægen

1 Hvad er patientens navn?

Navn: _____

2 Er patienten den, der skal afbestille rejse?
Hvis nej, skal 3 og 7 ikke udfyldes

Nej Ja

3 a) Hvad oplyser patienten om planlagt rejsemål?
b) Hvad oplyser patienten om rejsens varighed?

Rejsemål:
Fra: Til:
(dag/md./år) (dag/md./år)

4 a) Hvornår fandt 1. konsultation om aktuelle sygdom eller skade sted?
b) Hvor fandt 1. konsultation sted?

Dato:
(dag/md./år)
 I praksis I hjemmet P. telefon På hospitalet

5 Hvilken sygdom eller skade drejer det sig om?
Diagnosen bedes angivet på både dansk og latin.

1. Dansk:
1. Latin:
2. Dansk:
2. Latin:

6 a) Hvornår oplyser patienten første gang at have fået symptomerne på sygdommen eller at være kommet til skade?

Dato:
(dag/md./år)

b) Hvor længe skønner du, at sygdommen eller skaden vil vare?

.....
(antal dage/uger/måneder)

Hvis JA: Hvilken?

c) Er patienten i øvrigt i medicinsk behandling?

.....

d) Er patienten i øvrigt i anden form for lægehen- vist behandling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 a) Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentlig eller i øvrigt skade patien- tens helbred? b) Skønner du, at patientens almentilstand udgør en hindring for at rejse?	<p>Nej Ja Hvis JA: Giv venligst en kort begrundelse</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
8 a) Er du bekendt med, at patienten inden for de seneste [10] år har haft samme symptomer, syg- dom eller skade? b) Ved kronisk lidelse: - Er der indtrådt en akut forværring? - Hvornår skønner du, at tilstanden er habituel?	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato: (dag/md./år)</p> <p>Ca. om: (antal dage/uger/måneder)</p>
9 Undersøgelsens dato (dag/md./år)

<p>Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det fore- liggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgs- mål til patienten og min undersøgelse af patienten:</p> <p>..... Dato Lægens underskrift</p> <p>Nøjagtig adresse (stempel):</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert mærket LÆGE til:</p> <p>Selskab Adresse Adresse</p>
--	---