

# FP 300 Begyndelsesattest

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 kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

## Udfyldes af forsikrings-selskabet/rekvirenten:

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

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

Stilling: \_\_\_\_\_

Skadenr.: \_\_\_\_\_

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

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

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

<b>1</b>	a) Er du patientens alment praktiserende læge?  b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken? ..... .....
<b>2</b>	a) Hvordan beskriver patienten skadens eller sygdomstilfældets opståen?  b) Er skaden eller sygdommen efter det oplyste opstået i arbejdstiden?  c) Oplyser patienten at været sygemeldt?	<b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , i hvilke perioder?.....
<b>3</b>	a) Tidspunkt for den første lægehjælp?  b) Hvem ydede den første lægehjælp? (oplys læge eller sygehus)		Dato: ..... (dag/md/år)  Navn og adresse:
<b>4</b>	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?		
<b>5</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?  b) Skønner du på det foreliggende	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilke?  Hvilke?

	<p>grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?</p>
<p><b>6</b> Diagnose angivet på dansk og latin:</p>	<p>1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:</p>
<p><b>7</b> a) Hvem har tidligere behandlet patienten? b) Er patienten i behandling eller i gang med genoptræning? c) Er patienten henvist til yderligere behandling eller genoptræning? d) Er behandlingen eller genoptræningen afsluttet?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Navn og adresse:   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, hos hvem (navn og adresse)?   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, hos hvem (navn og adresse)?   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, hvornår?.....  <small>(dag/md/år)</small></p>
<p><b>8</b> a) Oplyser patienten at kunne deltage i sit arbejde? b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)? c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)? d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>
<p><b>9</b> Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre sit arbejde eller daglige funktioner?   <b>Besvares kun hvis patienten i punkt 8 har oplyst, at der er funktioner, der ikke kan udføres</b></p>	
<p><b>10</b> a) Skønner du, at skaden eller sygdommen vil medføre varige følger? b) Kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes: Hvilke?   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>11</b> Undersøgelsens dato</p>	<p>.....  <small>(dag/md/år)</small></p>

Der kan evt. 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.

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

**Nøjagtig adresse (stempel):**

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser.

04.04.30.04