

FP 140 Gruppeliv – Helbredsattest

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen.

Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten udfyldes af kundens alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

Navn: _____	CPR-nr.: _____
-------------	----------------

Til den forsikringsøgende

- I forbindelse med de afgivne helbredsoplysninger skal du henvende dig til din alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge og få udfyldt denne attest.
- Husk at oplyse lægen om, hvilken attest der skal udfyldes.
- Du skal forud for besøget hos lægen besvare spørgsmålene nedenfor.
- Vær opmærksom på at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

Udfyldes af den forsikringsøgende

Ryger du?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes: Hvor stort et dagligt forbrug?
			antal / dag
Hvis ikke; har du røget inden for de seneste [10] år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvornår ophørte du?
			måned / år
			Hvor stort var det daglige forbrug?
			antal / dag

Jeg erklærer hermed at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted.

.....
dato Forsikringsøgendes underskrift

Til lægen (udfyldes af selskabet):

- I forbindelse med begæring om forsikring ønskes supplerende oplysninger af hensyn til vurdering af den helbredsmæssige risiko.
- Der skal foretages blodtryksmålinger, undersøgelse af morgen eller spoturin ved stix samt højde og vægt måling.
- Desuden besvares nedenstående spørgsmål både på basis af lægens kendskab til og udspørgen af patienten.
- Spørgsmål 7e bedes besvaret for en periode på [10] år forud for d.d.

Udfyldes af lægen

1 Der udbedes 3 blodtryksmålinger med mindst 1 minuts mellemrum <i>Det forudsættes af patienten har haft mindst 5 minutters hvil.</i>	Systolisk BT			
	Diastolisk BT			
2 Der udbedes en undersøgelse af morgen eller spoturin ved stix. <i>Stix-prøver gradueres: 0, +, ++, +++ eller ved absolutte tal</i>		Protein	Sukker	Blod
	Dagurin			
3 Patienten bedes målt og vejat	Er en positiv reaktion umiddelbart efterkontrolleret bedes resultatet anført her:			
	Højde uden sko:		Vægt i alm. tøj:	
	cm		kg	

<p>Har patienten fået påvist:</p> <p>4 a. Arteriosklerotisk sygdom?</p> <p>b. Diabetes</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvornår? måned / år</p> <p>Hvornår? måned / år</p>																							
<p>5 Er patienten i behandling med blodtryks-sænkende medicin?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Siden hvornår? måned / år</p> <p>Hvilke præparater?</p> <p>Anfør gennemsnit af det seneste års kontrolværdier i konsultationen for blodtryk i behandling:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Systolisk BT</td> <td style="width: 50%;">Diastolisk BT</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>NB: Laboratorieskema og hjemmemålinger kan vedlægges i kopi</p>	Systolisk BT	Diastolisk BT																					
Systolisk BT	Diastolisk BT																								
<p>6 a. Er patienten blevet undersøgt for dyslipidæmi?</p> <p>b. Er patienten i lipidsænkende behandling med</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diæt alene? - Lægemidler og evt. diæt? 	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Anfør initiale og seneste aktuelle værdier for lipiderne.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Dato</th> <th style="width: 15%;">S-kolesterol</th> <th style="width: 15%;">S-LDL</th> <th style="width: 15%;">S-HDL</th> <th style="width: 15%;">S-triglycerid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p>Siden hvornår? Måned / år</p> <p>Siden hvornår? Måned / år</p> <p>Anfør gennemsnit af det seneste års kontrolværdier for lipiderne i behandling:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">S-Kolesterol</th> <th style="width: 25%;">S-LDL</th> <th style="width: 25%;">S-HDL</th> <th style="width: 25%;">S-tryglycerid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table> <p>NB: Laboratorieskema kan vedlægges i kopi</p>	Dato	S-kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid											S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-tryglycerid				
Dato	S-kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid																					
S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-tryglycerid																						
<p>7 a. Anser du patienten for rask og fuldt arbejdsdygtig?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis nej, Hvorfor ikke?</p>																							
<p>b. Har du kendskab til eller er i besiddelse af diagnoser fra eventuelle undersøgelser på hospital/behandlingsinstitution eller fra speciallæge?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis ja: Hvilke?</p>																							

c. Er patienten henvist til undersøgelse, behandling eller indlæggelse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvor er patienten henvist til? For hvilken lidelse / sygdom?
d. Udskrives der receptpligtig medicin til behandling af andet end alm. infektionssygdomme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilken lidelse/sygdom behandles? Hvilken medicin gives?
e. Er eller har patienten inden for de seneste [10] år været indstillet til offentlig pension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilken?
f. Modtager patienten offentlig pension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja: Hvilken?

<p>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:</p> <p>.....</p> <p>Dato Lægens underskrift</p> <p>Nøjagtig adresse (stempel):</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert mærket LÆGE til:</p> <p>Selskab</p> <p>Adresse</p> <p>Adresse</p>
--	---

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftale mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.01.02.04