

# FP 100 Helbredsattest

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.

<b>Navn:</b> _____	<b>CPR-nr.:</b> _____
<b>Stilling:</b> _____	

## Til forsikrings søgende:

- Du skal selv henvende dig til din alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge for at få udfyldt denne attest. Husk at oplyse lægen om, at du skal have udfyldt FP 100.
- Du skal selv gennemlæse svarene og underskrive attesten for at bekræfte, at alle helbredsforhold er med. Du er selv ansvarlig for, at attesten bliver udfyldt korrekt.
- Vær opmærksom på, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortælse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

- Spørgsmålene i attestens afsnit II bedes besvaret for en periode på [10] år forud for d.d.
- Attesten er en generel attest, og du skal derfor udfylde hele attesten.
- Ved udfyldelse ønsker selskabet, at du har særligt fokus på:

## AFSNIT I: LÆGENS OPLYSNINGER

<b>1</b>	Nej Ja
a Er du forsikrings søgendes sædvanligt benyttede alment praktiserende læge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hvis JA, siden hvornår? _____ (mdr./år)
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hvis NEJ, hvordan er identiteten fastslået?
b Kender du forsikrings søgende?	_____

## AFSNIT II: LÆGENS SPØRGSMÅL TIL FORSIKRINGSSØGENDE MED PATIENTOPTEGNELSER.

- 1 Patienten udspørges om tidligere og nuværende sygdomme, undersøgelser, behandlinger, forbrug af medicin, alkohol, tobak og stimulerende midler. Relevante patientoptegnelser, fx lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar, bedes vedlagt.
- 2 Du bedes være opmærksom på, at følgende oplysninger ikke må videregives til selskabet/pensionskassen:
- Oplysninger om andre personers, f.eks. slægtnings, aktuelle eller tidligere helbredstilstand.
  - Oplysninger om resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikrings søgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
  - Oplysninger om deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikrings søgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.
- 3 Vær opmærksom på konsekvensen for patienten, såfremt der er afgivet mangelfulde oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens bestemmelser (se ovenfor).

<b>1</b>	Oplys om: <b>Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</b>
<b>Har den forsikrings søgende eller har den forsikrings søgende inden for de seneste [10] år haft:</b>	
a <u>Infektionssygdomme</u> (undtagen alm. forkølelsetilfælde), fx	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, tropesygdomme, malaria, HIV/AIDS?

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

b Godartede eller ondartede tumorer/svulster, fx kræft (cancer), forstadier til kræft (celleforandringer), blod- og lymfekræft, polypper, cyster og/eller andre godartede svulster?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

c Blodsygdomme, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

d Stofskiftesygdomme, fx sukkersyge, struma eller forstyrrelser i stofskiftet og forhøjet kolesterol i blodet?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

*NB: Ved stofskiftesygdomme (inkl. dyslipidæmi) angives kontrolværdier og evt. behandling.*

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

e Psykiske sygdomme, fx depression, nervøsitet, angst, stress, krisereaktion mv.?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Har der været suicidale tendenser eller forgiftningstilfælde?

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

f Sygdomme i nervesystemet (inkl. øjen- og øresygdomme) fx

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, kramper eller besvimelser, lammelser eller bevægelseforstyrrelser, hjerneblødning, blodprop, føleforstyrrelser, herunder multipel sklerose?

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

g Hjerter-, kredsløbs- eller kar-sygdomme fx forhøjet blodtryk, angina pectoris, hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme, blodprop, hjerte- eller hjerteklapfejl, åreknuder eller årebetændelser, blodprop i ben, vindueskiggersyndrom (claudicatio intermittens)?

*NB: Ved forhøjet blodtryk angives initialt blodtryksniveau, aktuel behandling og behandlingsperiode.*

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

h Lunge- eller luftvejssygdomme fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis, rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, emfysem og sarkoidose?

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

i Fordøjelsessygdomme (mave, tarme, lever, galde og bugspytkirtel), fx sårdannelser (ulcus) eller blødninger, mavekatar, spiserørsgener eller reflux, fordøjelsesbesvær (nervøs tyktarm, cøliaki eller allergi), tyk- eller tyndtarmsbetændelse, tarm-slyng, polypper, gulsot eller leverbetændelse, galdesten, fedtlever (steatose), påvirkede lever-tal (blodprøver), bugspytkirtelbetændelse?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

j Hudsygdomme, fx eksem (inkl. allergi), hudkræft, psoriasis, betændelsestilstande (inkl. bylder), blæreudslæt og kønssygdomme?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser (inkl. histologisvar), bedes vedlagt.

k Sygdomme i eller gener fra nakke, ryg eller lænd, fx myoser, iskias, diskusprolaps, lumbago, whiplash, sygdomme i rygsøjlen, rygsækvhed?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

l Sygdomme i led, sener, knogler og bindevæv, fx sene- og ledbåndsskader, slidgigt, gigt (reumatologiske sygdomme), fibromyalgi, osteoporose, hypermobilitet og bækkenløsning?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

m Nyre- og urinvejssygdomme samt gynækologiske sygdomme, fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein eller bakterier i urinen, fjernelse af nyre, misdannelser eller cyster, kvindelige gynækologiske problemer og mandlige urinvejsproblemer (inkl. prostata)?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

n Andre sygdomme end de ovennævnte bortset fra ukomplicerede børnesygdomme, almindelige kortvarige og ikke tilbagevendende infektionssygdomme samt ukomplicerede kosmetiske behandlinger?

Nej Ja

Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.**

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

**2**

Er forsikrings søgende kommet til skade inden for de seneste [10] år?

Nej Ja

Hvis JA, hvornår? \_\_\_\_\_  
Måned/år

Hvori bestod skaden? \_\_\_\_\_

Hvis JA, hvilke symptomer og evt. mén-procent? \_\_\_\_\_

Hvis JA, er der følger?

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

**3**

Har der inden for de seneste [10] år været længerevarende sygemelding/uarbejdsdygtighed (mere end én måned)?

Nej Ja

Hvis JA:

I hvilke perioder? \_\_\_\_\_  
Måned/år

Af hvilken årsag? \_\_\_\_\_

**4**

Har forsikrings søgende ud over det oplyste været i længerevarende (mere end én måned) eller tilbagevendende medicinsk behandling, herunder med beroligende eller smertestillende medicin, inden for de seneste [10] år?

Nej Ja

Hvis JA:

Af hvilken årsag? \_\_\_\_\_

I hvilke perioder? \_\_\_\_\_

Måned/år

Aktuelt? Nej  Ja

**5**

Anvender eller har forsikrings søgende inden for de seneste [10] år anvendt euforiserende midler (fx heroin, speed, kokain, ecstasy og LSD), hash, organiske

Nej Ja

Hvis JA:

I hvilke perioder (måned/år)? \_\_\_\_\_

Aktuelt? Nej  Ja

Hvilke præparater/stoffer? \_\_\_\_\_

	opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre stimulerende eller beroligende midler?		Er der følger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilke? _____ _____
<b>6</b>	a Drikker forsikringsøgende øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA:  Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____
	b Har forsikringsøgende inden for de seneste [10] år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____ I hvilke perioder? _____ Måned/år
	c Har forsikringsøgende inden for de seneste [10] år modtaget behandling eller rådgivning for et overforbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: I hvilke perioder? _____ Måned/år Aktuelt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken behandling/rådgivning? _____ Med hvilken effekt? _____ _____
<b>7</b>	a Ryger forsikringsøgende?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Hvor stort et dagligt forbrug? _____ (antal cigaretter, cigarer, pibestop)
	b Har forsikringsøgende røget inden for de seneste [10] år?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: I hvilke perioder (måned/år)? _____ Hvor stort et dagligt forbrug? _____ (antal cigaretter, cigarer, pibestop)
Jeg har gennemlæst besvarelsene og erklærer hermed, at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og intet er fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan ophæves eller dækningen kan blive nedsat, hvis oplysningerne er ufuldstændige, forkerte, eller hvis fortielse har fundet sted.			
	_____	_____	_____
	Dato	Forsikringsøgendes underskrift	CPR-nr.

## AFSNIT III: LÆGENS UNDERSØGELSE

**1** Forsikrings søgendes højde og vægt. Højde (uden sko): \_\_\_\_\_ cm.  
Vægt (uden overtøj): \_\_\_\_\_ kg.

**2** Kan der påvises noget abnormt ved?  Nej  Ja Hvis JA, udbedes en nærmere beskrivelse.

a Hoved, mundhule, svælg, hals?

b Øjne, inkl. synsfunktion med bedste korrektion?   Synsstyrke (m. korr.) hø.: \_\_\_\_\_ Ve.: \_\_\_\_\_

c Ører, inkl. hørefunktion med bedste korrektion?   Hørefunktion (m. korr.): \_\_\_\_\_

Hørefunktionen kan måles med hviske- og talestemme i fire meters afstand

d Brystkasse, inkl. deformiteter og bevægelighed?

e Lunger, inkl. stetoskop?

Ved lungesygdom, herunder astma og bronkitissymptomer, udbedes tre peakflow målinger (evt. en spirometri).

Peakflowmålinger (LFU) ved lungesygdom:

Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:

f Hjerte og kar, inkl. stetoskopi, puls og blodtryk?

Der foretages tre blodtryksmålinger med mindst ét minuts mellemrum efter, at forsikrings søgende har haft mindst fem minutters hvile.

Puls      Blodtryk

		Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:
Rytme:	Systolisk			
Frekvens:	Diastolisk			

Ved nyopdaget forhøjet BT:

Er der iværksat yderligere udredning/behandling?

Hvilken? \_\_\_\_\_

g Underlivet (abdomen), fx udfyldning, organsvulst, ømhed, ar?

Der ønskes ikke gynækologisk eller rektal undersøgelse.

h Rygsøjle, inkl. abnorme krumninger?

i Arme, ben og led, fx åreknuder, ødemer, perifere pulsforhold, tegn på bestående eller overstået årebetændelse, muskelsvind?

j Hud og lymfekirtler (hals, armhule, lyske)?

k Ydre kønsorganer, inkl. palpation af bryster?

l Undersøgelse af nervesystemet, fx lammelser, rysten, reflekser, føleforstyrrelser?

**3** Undersøgelse af urinen ved stix.

Protein	Sukker	Blod

Ved positiv reaktion skal resultatet af evt. umiddelbart efterfølgende kontrolundersøgelse anføres nedenfor.

Kontroldato: \_\_\_\_\_

Resultat:

Protein	Sukker	Blod

Nej Ja

Hvis JA:

Ved nyopdagede positive fund:

Hvilken? \_\_\_\_\_

Er der iværksat yderligere udredning/behandling?

**4** Tyder udseende eller fremtræden på nogen svagelighed eller sygelighed, herunder psykisk lidelse?  Nej  Ja

Hvis JA:

Hvordan? \_\_\_\_\_

**5** Anser du forsikrings søgende for:  Ja  Nej Hvis NEJ:

Rask (uden sygdomssymptomer)?

Hvorfor ikke? \_\_\_\_\_

Fuldt arbejdsdygtig?

Hvorfor ikke? \_\_\_\_\_



<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>_____</p> <p>Dato <span style="float: right;">Lægens underskrift</span></p> <p>Nøjagtig adresse (stempel):</p>	<p>Attesten sendes i en lukket kuvert mærket HELBREDS-ATTEST til:</p>
--	---

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

04.01.01.04