FPT 001
Lægeattest vedr. ulykkestilfælde eller sygdom

Udfyldes af Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor	
Navn:	**CPR-nr.:**
Stilling:	
Skadenr.	**Skadedato:**

Udfyldes af den undersøgende læge				
		NEJ	**JA**	
1	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?	☐	☐	Hvis JA, i hvilke perioder?.....
2	a) Tidspunkt for den første lægehjælp?			Dato: …… (dag/md/år)
	b) Hvem ydede den første lægehjælp? (oplys læge eller sygehus)			Navn og adresse:
3	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?			
		NEJ	**JA**	Hvis **JA**, udfyldes:
4	a) Har patienten dig bekendt tidligere haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?	☐	☐	Hvilke?
	b) Skønner du, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller forværret dens følger?	☐	☐	Hvilke?
5	Diagnose angivet på dansk og latin:			1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:

CPR-nr._____

		NEJ	JA	
6	a) Hvem har tidligere behandlet patienten?			Navn og adresse:
	b) Er patienten i behandling eller i gang med genoptræning?	☐	☐	Hvis **JA**, hos hvem (navn og adresse)?
	c) Er patienten henvist til yderligere behandling eller genoptræning?	☐	☐	Hvis **JA**, hos hvem (navn og adresse)?
	d) Er behandlingen eller genoptræningen afsluttet?	☐	☐	Hvis **JA**, hvornår?..... (dag/md/år)
7	a) Oplyser patienten at kunne deltage i sit arbejde?	☐	☐	Hvis **JA**, udfyldes: ☐ Delvist ☐ På fuld tid
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	☐	☐	☐ Delvist ☐ På fuld tid
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	☐	☐	☐ Delvist ☐ På fuld tid
	d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?			
8	Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre sit arbejde eller daglige funktioner? **Besvares kun hvis patienten i punkt 7 har oplyst, at der er funktioner, der ikke kan udføres**			
9	a) Skønner du, at skaden eller sygdommen vil medføre varige følger?	☐	☐	Hvis **JA**, udfyldes: Hvilke?
	b) Kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt	☐	☐	
10	Undersøgelsens dato			..... (dag/md/år)

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.
Med mindre andet er anført, er jeg indforstået med, at forsvaret kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse:

....
Dato Lægens underskrift

Nøjagtig adresse (stempel):

CPR-nr./SE-nr.: .....

Giro/Bank Regnr. Kontonr.: .....

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

Forsvarets Personeltjeneste
Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor
Lautrupvej 8, 2750 Ballerup

EAN- nummer:

Ordrenummer:

Personreference:

03.03.21.01 **Godkendt af Lægeforeningens Attestudvalg og Forsvarets Personeltjeneste.**
Attesten honoreres efter indsendelse af elektronisk faktura og i henhold til gældende aftale.