

Sygefondens lægeerklæring (honorar efter tidsforbrug)

Erklæring om fortsat uarbejdsdygtighed

Navn:

Adresse:

som er

kendt af mig og sædvanligvis benytter mig som

læge mig ubekendt

er erklæret uarbejdsdygtig ifølge min journal den ____ / ____ 20__

oplyser at have været uarbejdsdygtig fra den ____ / ____ 20__

I henhold til

min sidste undersøgelse den ____ / ____ 20__

meddelelse fra hospital eller kollega den ____ / ____ 20__

skønnes uarbejdsdygtigheden fortsat at ville vare: _____
(antal dage, uger, måneder)

fra den ____ / ____ 20__ på grund af

Ulykkestilfælde sygdom

(lægens stempel)

Dato

(lægens underskrift)