

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

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: _____

Skadenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

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

_____ ddm-yy

Udfyldes af den undersøgende læge

1	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?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken?
2	Hvad oplyser patienten om erhverv og arbejdsopgaver?	Erhverv: Arbejdsopgaver:	
3	a) Diagnose angivet på dansk og latin: Hvad oplyser patienten om? b) Hvornår opstod sygdommen eller skaden ifølge patienten? c) Hvornår der blev ydet lægehjælp første gang ifølge patienten?	1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin: <i>Ved flere sygdomme/symptomer/skader kan supplerende ark vedlægges.</i> Dato: (dag/md/år) Dato: Klokken: (dag/md/år)	
4	a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt? Besvares kun, hvis ja til 4 a) b) Oplyser patienten, at behandlingen følges?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA : Hvornår? (dag/md/år) Hvilken behandling? Hvor? (navn og adresse) Behandlingens forventede varighed?..... (uger/mdr/år) Hvis NEJ , hvorfor ikke?

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefrigørelse ved tab af erhvervsevne

Side 2 af 3

<p>5</p> <p>a) Hvad vurderer du, årsagen er til sygdommen eller skaden?</p> <p>b) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?</p> <p>c) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold indenfor de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvilke?</p> <p>Hvis JA, hvilke?</p> <p>Dato for tidligere sygdom/skade: (dag/md/år)</p>
<p>6</p> <p>Har patienten i forhold til det oplyste i spørgsmål 3 a) været:</p> <p>a) indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, hospital, privatklinik, laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted (herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik)?</p> <p>b) i behandling, henvist til eller undersøgt af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p> <p>Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p>
<p>7</p> <p>a) Oplyser patienten at have været sygemeldt i det aktuelle forløb?</p> <p>b) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>1) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>2) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>Ved yderligere perioder kan supplerende ark vedlægges.</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p>
<p>8</p> <p>Mener patienten at kunne:</p> <p>a) deltage i sit hidtidige arbejde?</p> <p>b) varetage sine daglige funktioner i øvrigt?</p> <p>c) føre tilsyn med virksomheden? (Besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)</p>	<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:</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> Fuldt ud <input type="checkbox"/> Delvist</p> <p>Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p>
<p>a) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde</p>		

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefrigørelse ved tab af erhvervsevne

Side 3 af 3

9	eller daglige funktioner mener patienten, han/hun ikke kan udføre? d) Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner? (Besvares kun hvis patienten har oplyst, at der er nedsat funktion) c) Hvor mange timer daglig vurderer du, patienten kan arbejde?		Nærmere beskrivelse: Nærmere beskrivelse: Antal timer daglig:
10	a) Hvordan vurderer du prognosen for patientens tilstand? b) Er der tilstået komplikationer, der har påvirket sygdommens/skadens forløb? c) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til nuværende arbejde?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	God <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvilke, hvordan og hvorfor? Hvornår? (dag/md/år) Forventet arbejdstid ugentlig:
11	Har du udstedt attest/erklæring om patientens sygdom eller skade til andre forsikringselskaber, kommuner eller lign.?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Attest/erklæring udstedt til:
12	Eventuelle bemærkninger?		

Der kan evt. vedlægges kopi af 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.

04.05.01.05