

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.

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

Til den forsikringsøgende

- I forbindelse med de afgivne helbredsoplysninger skal du henvende dig til en læge 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 : Hvor stort et dagligt forbrug? <small>antal cigaretter, cigarer, pibestop / dag</small>
Hvis ikke; har du røget inden for de seneste [10] år?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvornår ophørte du? <small>måned / år</small> Hvor stort var det daglige forbrug? <small>antal cigaretter, cigarer, pibestop / dag</small>

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 den undersøgende læge

- I forbindelse med patientens køb af forsikring ønskes supplerende oplysninger af hensyn til selskabets vurdering af den helbreds-mæssige risiko. Det er vigtigt for denne vurdering, at attesten udfyldes på baggrund af aktuelle målinger og undersøgelser.
- Der skal foretages blodtryksmålinger, undersøgelse af morgen eller spoturin ved stix og højde og vægtmåling. Derudover skal der udtages en blodprøve, som sendes til nærmeste laboratorium med påtegning om, hvilket selskab regningen skal sendes til.
- Desuden besvares nedenstående spørgsmål både på basis af lægens kendskab til og udspørgen af patienten.

Udfyldes af den undersøgende læge

1	<p>a Er du patientens alment praktiserende læge?</p> <p>b Hvis NEJ til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?</p> <p>c Hvis NEJ til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvilken? </p>								
2	<p>a Der udbedes 3 blodtryksmålinger med mindst 1 minuts mellemrum.</p> <p><i>Det forudsættes, at patienten har haft mindst 5 minutters hvil.</i></p>		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Systolisk BT</td> <td style="width: 40px;"></td> <td style="width: 40px;"></td> <td style="width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Diastolisk BT</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Systolisk BT				Diastolisk BT			
Systolisk BT											
Diastolisk BT											

	b Ved nyopdaget/dysreguleret hypertension: Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA : Hvilken?..... Hvis NEJ : Hvorfor ikke?.....															
3 a Der udbedes en undersøgelse af morgen eller spoturin ved stix. <i>Stix-prøver gradueres: 0, +, ++, +++ eller ved absolutte tal.</i> Ved positiv reaktion bedes spørgsmål b og c besvaret b Resultatet af eventuel efterfølgende kontrolundersøgelse anføres c Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">Protein</th> <th style="width: 15%;">Sukker</th> <th style="width: 10%;">Blod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dagurin</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 15%;">Protein</th> <th style="width: 15%;">Sukker</th> <th style="width: 10%;">Blod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Resultat</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Kontrolundersøgelsen er udført (dato): Hvis JA : Hvilken?..... Hvis NEJ ? Hvorfor ikke?.....		Protein	Sukker	Blod	Dagurin					Protein	Sukker	Blod	Resultat			
	Protein	Sukker	Blod															
Dagurin																		
	Protein	Sukker	Blod															
Resultat																		
4 Patienten bedes målt og vejlet		Højde uden sko: Vægt i alm. tøj: <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> cm kg </div>																
5 Der udbedes følgende lipidmålinger		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 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-triglycerid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid												
S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid															
6 a Har patienten fået påvist arteriosklerotisk sygdom? b Er patienten aktuelt i AK-behandling? c Har patienten fået påvist diabetes?	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 : Hvornår (måned/år)?..... Hvilken?..... Hvis JA , hvilken? <input type="checkbox"/> DM type 1 (insulinbehandlet) <input type="checkbox"/> DM type 2 <input type="checkbox"/> Anden type: Hvornår (måned/år)?..... Hvad er den aktuelle HbA1c-værdi? <div style="text-align: right; font-size: small;">angiv måleenhed</div>																
7 Er patienten aktuelt i behandling med blodtrykssænkende medicin?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA : Siden hvornår (måned/år)?..... Hvilke præparater?..... 																
8 Er patienten aktuelt i lipidsænkende behandling med: a Diæt alene? b Lægemidler og diæt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA	Hvis JA : Siden hvornår (måned/år)?..... Hvis JA :																

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Siden hvornår (måned/år)?.....</p> <p>Anfør initiale værdier før eventuel behandling:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Dato</th> <th style="width: 20%;">S-Kolesterol</th> <th style="width: 20%;">S-LDL</th> <th style="width: 20%;">S-HDL</th> <th style="width: 25%;">S-triglycerid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Anfør det seneste års kontrolværdier for lipiderne i behandling:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Dato</th> <th style="width: 20%;">S-Kolesterol</th> <th style="width: 20%;">S-LDL</th> <th style="width: 20%;">S-HDL</th> <th style="width: 25%;">S-triglycerid</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> <p><i>NB: Laboratorieskema kan vedlægges i kopi</i></p>	Dato	S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid						Dato	S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid																				
Dato	S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid																																	
Dato	S-Kolesterol	S-LDL	S-HDL	S-triglycerid																																	

<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 BLODTRYKS- OG LIPIDAT-TEST til:</p> <p>Selskab Adresse Adresse</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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.

04.02.17.04