

FP 350 Statusattest til forsikring

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: _____

Skadenr.: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 9a og 9b bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

ddmm-yyyy

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"/> Hvis JA, hvilken? NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	a) Hvornår kom patienten første gang i behandling hos dig i forbindelse med den aktuelle skade eller sygdom? b) Er skaden eller sygdommen efter det oplyste opstået i arbejdstiden?	NEJ JA Dato: (dag/md/år) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3	Diagnose angivet på dansk og latin:	1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:
4	Har skaden eller sygdommen medført indlæggelse eller ambulant behandling eller genoptræning på sygehus?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvor? I hvilket tidsrum?
5	a) Oplyser patienten at have været sygemeldt? Hvis JA til punkt 5 a) besvares nedenstående	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: I hvilke perioder?

<p>b) Er der udstedt sygemelding?</p> <p>c) Oplyser patienten, at arbejdet er genoptaget?</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Fra dato:..... (dag/md/år)</p> <p>Varighed:..... (antal dage/uger/mdr)</p> <p>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/md/år)</p>
<p>6 Er der tilstået komplikationer?</p>	<p>NEJ JA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p>
<p>7 a) Har patienten været under lægelig kontrol i hele sygdomsforløbet?</p>	<p>NEJ JA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <p>Ved ikke</p> <input type="checkbox"/>	
<p>8 a) Hvem har tidligere behandlet patienten?</p> <p>b) Er patienten i behandling eller i gang med genoptræning?</p> <p>c) Er patienten henvist til yderligere behandling eller genoptræning?</p> <p>d) Er behandlingen eller genoptræningen afsluttet?</p>	<p>NEJ JA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Navn og adresse:</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvem (navn og adresse)?</p> <p>Hvornår forventes den afsluttet? (dag/md/år)</p> <p>Hos hvem (navn og adresse)?</p> <p>Hvornår forventes den påbegyndt? (dag/md/år)</p> <p>Hvornår?</p>
<p>9 a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?</p> <p>b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller forværret dens følger?</p>	<p>NEJ JA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p> <p>Hvilke?</p>
<p>10 a) Oplyser patienten at kunne deltage i sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?</p> <p>c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for</p>	<p>NEJ JA</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>

<p>selvstændige eller personer i ledende stilling)?</p> <p>d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>
<p>11 Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?</p> <p>Besvares kun hvis patienten i punkt 10 har oplyst, at der er funktioner, der ikke kan udføres.</p>	
<p>12 Kan du på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan</p> <p>a) deltage i sit arbejde?</p> <p>b) varetage sine daglige funktioner fuldt ud (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca. fra dato: (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca. fra dato: (dag/md/år)</p> <p>Arbejdet eller de daglige funktioner er genoptaget fra dato: (dag/md/år)</p>
<p>13 Skønner du, at yderligere behandling eller genoptræning kan føre til en bedring af tilstanden?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis NEJ, fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? (dag/md/år)</p>
<p>14 a) Skønner du, at skaden eller sygdommen vil medføre varige følger?</p> <p>b) Kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>15 Undersøgelsens dato</p>	<p>..... (dag/md/år)</p>

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.

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.

04.04.35.04