

FP 402 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 2

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefrigørelse ved erhvervsevnetab

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 udfyldes af kundens alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Skadenr.: _____ Skadedato: _____

Udfyldes af lægen:

Diagnose/behandlet for: _____

1 Hvordan er patientens tilstand nu?
(jf. ovenfor skadedato/sidst afgivne attest)

Uændret Bedre
 Forværret – hvordan?

2 Hvordan har forløbet af sygdommen eller følgerne efter skaden været siden sidste attest/indtil nu?
(jf. ovenfor skadedato/sidst afgivne attest)

3 a) Er patienten stadig under behandling?

NEJ JA

Hvis JA:
Hvilken?

Hvis NEJ:
Hvorfor ikke?

b) Skønner du, at yderligere behandling eller genoptræning kan føre til en bedring af tilstanden?

Hvis JA:
Hvilken?

4 Mener patienten at kunne:

a) deltage i sit hidtidige arbejde?

Fra hvornår?
(dag/md/år)

På fuld tid På deltid:
(antal timer ugentlig)

b) varetage sine daglige funktioner i øvrigt?

Fra hvornår?
(dag/md/år)

Fuldt ud Delvist

c) føre tilsyn med virksomheden?
(Besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)

Fra hvornår?
(dag/md/år)

På fuld tid På deltid:
(antal timer ugentlig)

5	<p>a) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner mener patienten, han/hun ikke kan udføre?</p> <p>b) 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)</p> <p>c) Hvor mange timer daglig vurderer du, patienten kan arbejde?</p>	<p>Nærmere beskrivelse:</p> <p>Nærmere beskrivelse:</p> <p>Antal timer daglig:</p>
6	<p>a) Hvordan vurderer du prognosen for patientens tilstand?</p> <p>b) Er der tilstødt komplikationer, der har påvirket sygdommens/skadens forløb?</p> <p>c) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til nuværende arbejde?</p> <p>d) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til andet arbejde?</p>	<p>NEJ JA</p> <p>Uændret <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> God <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvilke, hvordan og hvorfor?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Forventet arbejdstid ugentlig:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Forventet arbejdstid ugentlig:</p>
7	<p>a) Er der iværksat arbejdsprøvning, revalidering, fleksjob eller lign.?</p> <p>b) Er sag om førtidspension påbegyndt?</p> <p>c) Oplyser patienten, at førtidspension er tilkendt?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvilket?</p> <p>Fra hvornår? (md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Fra hvornår? (md/år)</p>
8	<p>Eventuelle bemærkninger?</p>	

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):

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv.

04.05.02.05