

FP 410 Funktionsattest

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 forsikringsselskabet/rekvirenten:

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Skadenr.: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5a og 5b i attesten 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?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken?
	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"/>	

2	Diagnose angivet på dansk og latin	1. Dansk:	
		1. Latin:	
		2. Dansk:	
		2. Latin:	
		3. Dansk:	
		3. Latin:	

3	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?
			Hvis NEJ , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? (dag/md/år)

4	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:
			Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår? (kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)
			Med hvilket resultat?

5	<p>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 har forværret dens følger?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke?</p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p>
6	<p>a) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet eller de daglige funktioner?</p> <p>6 b) eller 6 c) udfyldes kun, hvis Nej til 6 a):</p> <p>b) Kan du på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan varetage sit arbejde?</p> <p>c) Kan de på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan varetage sine daglige funktioner fuldt ud? (Besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ca. fra dato:..... (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p>Ca. fra dato:..... (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p>Ca. fra dato:..... (dag/md/år)</p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p>
7	<p>Hvilke klager fremfører patienten?</p>		
8	<p>Kan skaden eller sygdommen påvises objektivt?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
9	<p>Undersøgelsens dato</p>	<p>Dato: (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.

04.05.41.04