

# FP 710 Sundhedsforsikringsattest

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.

## 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

Denne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikrings-selskab, hvor den forsikrede er kunde. Lægen honoreres således kun, hvis selskabet har bedt lægen om at udfylde den. Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest. Hvis selskabet eller patienten ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at patienten er til stede imens, skal patienten afgive samtykke hertil.

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Skadesnr./policenr.: \_\_\_\_\_

Attesten er udfyldt vedrørende: \_\_\_\_\_

## Udfyldes af lægen

<b>1</b>	Hvor længe har du været patientens læge?	Dato:
<b>2</b>	Hvilke symptomer har patienten, og hvornår startede de?	Dato for første symptom:
	Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang?	Dato:
<b>3</b>	Foreligger der en diagnose på tilstanden?  Er sygdommen kronisk?  Hvornår blev diagnosen stillet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Dato:
<b>4</b>	Har du henvist patienten til speciallæge, sygehus eller anden behandler, fx psykolog, fysioterapeut, diætist?  a. Har du henvist patienten til billeddiagnostiske undersøgelser?  b. Ved psykologhjælp: Er patienten henvist via den offentlige sygesikring?  c. Ved behandling hos diætist:  d. Ved kiropraktorbehandling: Kan du anbefale kiropraktorbehandling?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning.  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning.  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvi- sning. Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykolog- hjælp:  Hvis <b>NEJ</b> , kan du anbefale psykologhjælp?  Højde: _____ Vægt: _____ Angiv indikationen for behandlingen:
<b>5</b>	Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade inden for de seneste [10] år?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato:

<b>6</b>	<p>Skønner du på det foreliggende grundlag, at symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?</p> <p>Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <b>JA</b>, hvilken indflydelse på tilstanden?</p> <p>Dato:</p>
----------	---	--

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.  
 Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

<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><b>Nøjagtig adresse (stempel):</b></p>   	<p>Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:</p>
---	---

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.10.01.03