

FP 150

Forsikring

Almen Helbredsattest

Udfyldes af forsikringselskabet/rekvirenten

Navn:

CPR-nr.:

Stilling

Skadenr.

Skadedato:

Denne attest kan alene anvendes af læger i almen praksis

Udfyldes af den undersøgende læge

Hvor længe har du været forsikredes læge?

.....
(antal år)

1. Sygehistorie

Her beskrives sygdomsforløb og tilstande før og efter skaden. Der kan indgå relevante udskrivningspapirer fra hospitaler, laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, funktionsprøver m.v., evt. i uddrag. Forbrug af medicin, tobak, alkohol eller andre oplysninger som synes relevante.

2. Objektiv undersøgelse

4. Behandlingsmuligheder

5. Beskrivelse af funktionsevnen

Beskrivelse af patientens sædvanlige arbejdsfunktion med begrundet angivelse af, hvad patienten ikke længere kan påtage sig.

Her medtages såvel de helbredsmæssige udsigter som den forventede udvikling i patientens funktionsduelighed.

7. Forslag til behandlingsmuligheder

8. Eventuelt

Her kan evt. medtages oplysninger som har betydning for den samlede bedømmelse, og som ikke er medtaget i de foregående rubrikker - herunder forslag til yderligere afklaring.

9. Undersøgelsens dato

.....
(dag/md/år)

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v. du lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål. Med mindre 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 mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

.....
Dato Lægens underskrift

Nøjagtig adresse (stempel):

CPR-nr./SE-nr.:

Giro/Bank Regnr. Kontonr.: