

# Lægeattest til Barselsdagpenge - Udbetaling Danmark

UD 235

Sendes til Udbetaling Danmark Barselsdagpenge Postboks 1060 0900 København C	CPR-nr., navn, adresse og evt. telefonnummer
--	--

Lægeattesten skal dække følgende fraværsperioder

--

Datoer	Konsultationsdato	Dato for forventet fødsel
--------	-------------------	---------------------------

1	Sygdom i forbindelse med graviditet	Diagnose/årsag til sygemelding/oplysning om symptomer
		Er sygdommen/symptomerne graviditetsrelaterede? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Gælder det i alle fraværsperioder? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, hvilke perioder er ikke graviditetsrelateret? (skriv datoer)
		Medfører den graviditetsbetingede sygdom uarbejdsdygtighed? Ja, fuld uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/> Ja, delvis uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
		Sygdommens forventede varighed fra dags dato Resten af graviditeten (sæt x) <input type="checkbox"/> Eller 0 måneder 0 uger 0 dage (skriv antal)
		Hvis graviditeten i mellemtiden er blevet afbrudt, hvad er årsagen? Abort <input type="checkbox"/> Dødfødsel <input type="checkbox"/>
		Dato for graviditetens afbrydelse

2	Afbrudt graviditet/dødfødsel	Diagnose/årsag til sygemelding/oplysning om symptomer
		Er sygdommen/symptomerne graviditetsrelaterede? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Gælder det i alle fraværsperioder? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Hvis nej, hvilke perioder er ikke graviditetsrelateret? (skriv datoer)
		Hvad er årsagen til graviditetens afbrydelse? Abort <input type="checkbox"/> Dødfødsel <input type="checkbox"/>
		Dato for graviditetens afbrydelse Hvis abort - Sygdommens forventede varighed fra d.d. 0 måneder 0 uger 0 dage (skriv antal)

Se også side 2

Udbetaling Danmark

Side 1 af 2

# Lægeattest til Barselsdagpenge - Udbetaling Danmark

UD 235

CPR-nr., navn

3 Risiko for fosterskader pga. patientens arbejde	Oplysninger om arbejdsfunktioner og risiko ved fortsat arbejde		
	Har lægen haft kontakt med (sæt X, hvis ja)		
	Arbejdsmedicinsk klinik <input type="checkbox"/>	Arbejdstilsynet <input type="checkbox"/>	
	Medfører risikoen for fosterskader uarbejdsdygtighed?		
	Ja, fuld uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/>	Ja, delvis uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Den forventede varighed af uarbejdsdygtighed fra dags dato		
	Resten af graviditeten (sæt x) <input type="checkbox"/>	Eller 0 måneder 0 uger 0 dage (skriv antal)	

4 Fortsat sygdom efter barns død	Diagnose/årsag til sygemelding/oplysning om symptomer		
	Er sygdommen/symptomerne graviditetsrelaterede? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
	Gælder det i alle fraværsperioder? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
	Hvis nej, hvilke perioder er ikke graviditetsrelateret? (skriv datoer)		
	Kan sygdommen relateres til abort/dødfødsel? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
	Hvis nej: Lider patienten af samme fysiske eller psykiske sygdom som under graviditeten? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>		
	Medfører den graviditetsbetingede sygdom uarbejdsdygtighed?		
	Ja, fuld uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/>	Ja, delvis uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>
	Sygdommens forventede varighed fra dags dato		
	0 måneder 0 uger 0 dage (skriv antal)		

5 Lægens bemærkninger	Supplerende oplysninger
--------------------------	-------------------------

## Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, kan alene lægges til grund for afgørelser med udgangspunkt i barseldagpengesager i Udbetaling Danmark

Lægens navn, adresse, telefonnr., og SE-eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift
---	---------------------