**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-yyyyDenne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikringsselskab, 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** |
| **1** | Hvor længe har du været patientens læge? |  | Dato: |
| **2** | Hvilke symptomer har patienten, og hvornår startede de?Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang? |  | Dato for første symptom:Dato: |
| **3** | Foreligger der en diagnose på tilstanden? Er sygdommen kronisk?Hvornår blev diagnosen stillet? | **NEJ JA****🞎 🞎****🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvilken diagnose (gerne på latin):Dato: |
| **4** | 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? | **NEJ JA****🞎 🞎****🞎 🞎****🞎 🞎****🞎 🞎** | Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykologhjælp:Hvis **NEJ**, kan du anbefale psykologhjælp?Højde: Vægt:Angiv indikationen for behandlingen: |
| **5** | Har patienten dig bekendt været behandlet/­undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade inden for de seneste *[10]* år? | **NEJ JA****🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvornår: Dato: |
| **6** | 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?Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen? | **NEJ JA****🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvilken indflydelse på tilstanden?Dato: |

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.

|  |  |
| --- | --- |
| 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:………………….. ………………………………………………Dato Lægens underskrift**Nøjagtig adresse (stempel):** | Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:  |

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