

FP 910 Rejseforsikringsattest - afbestilling af rejse



Falck

Global Assistance

FP 910 Rejseforsikringsattest - afbestilling af rejse

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om at-
tester og helbredsoplysninger mv.

Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten udfyldes af kundens
alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

Udfyldes af forsikringselskabet:

Forsikredes navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Policenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

- Spørgsmål 8a i attestens bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:
_____ dmm-yyyy
- Der kan eventuelt 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.

Udfyldes af lægen

1 Hvad er patientens navn?

Navn: _____

2 Er patienten den, der skal afbestille rejse?
Hvis nej, skal 3 og 7 ikke udfyldes

Nej Ja

3 a) Hvad oplyser patienten om planlagt rejsemål?

Rejsemål:

b) Hvad oplyser patienten om rejsens varighed?

Fra:

Til:

(dag/md./år)

4 a) Hvornår fandt 1. konsultation om aktuelle sygdom eller skade sted?

Dato:

(dag/md./år)

b) Hvor fandt 1. konsultation sted?

FP 910 Rejseforsikringsattest - afbestilling af rejse



Falck

Global Assistance

	<input type="checkbox"/> I praksis <input type="checkbox"/> I hjemmet <input type="checkbox"/> P. telefon <input type="checkbox"/> På hospitalet
5 Hvilken sygdom eller skade drejer det sig om? <i>Diagnosen bedes angivet på både dansk og latin.</i>	1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:
6 a) Hvornår oplyser patienten første gang at have fået symptomerne på sygdommen eller at være kommet til skade? b) Hvor længe skønner du, at sygdommen eller skaden vil vare? c) Er patienten i øvrigt i medicinsk behandling?	Nej Ja Dato: <small>(dag/md./år)</small> <small>(antal dage/uger/måneder)</small> Hvis JA : Hvilken? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
d) Er patienten i øvrigt i anden form for lægehenvisning behandling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7 a) Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentlig eller i øvrigt skade patientens helbred? b) Skønner du, at patientens almentilstand udgør en hindring for at rejse?	Nej Ja Hvis JA: Giv venligst en kort begrundelse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8 a) Er du bekendt med, at patienten inden for de seneste [10] år har haft samme symptomer, sygdom eller skade? b) Ved kronisk lidelse: - Er der indtrådt en akut forværring? - Hvornår skønner du, at tilstanden er habituel?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato: <small>(dag/md./år)</small> Ca. om: <small>(antal dage/uger/måneder)</small>
9 Undersøgelsens dato <small>(dag/md./år)</small>

FP 910 Rejseforsikringsattest - afbestilling af rejse



Falck

Global Assistance

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 LÆGE til:

Selskab og adresse

Falck Global Assistance
Sydhavnsgade 18
2450 København SV

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

04.03.01.06