

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: Denne 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato: Hvis JA , hvilken diagnose (gerne på latin):
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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , vedlæg venligst lægehenvi- sing. Hvis JA , vedlæg venligst lægehenvi- sing. Hvis JA , vedlæg venligst lægehenvi- sing. Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykolog- hjælp: 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 før?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato: Hvis JA , hvornår:

6	Skønner du på det foreliggende grundlag, at tidligere symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken indflydelse på tilstanden?
	Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?		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:	Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:
..... Dato Lægens underskrift	
Nøjagtig adresse (stempel): 	
Betaling kan ske til NemKonto for det angivne CPR-/CVR-/SE-nr.	
CPR/CVR/SE-nr.:	
Giro/BankReg.nr.Kontonr.:	

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.10.01.02.