

Udfyldes af forsikringselskabet/rekvirenten

Navn _____

Cpr. nr. _____

Stilling _____

Skadenummer _____

Første sygedag / skadedato _____

Til lægen:

Spørgsmål 5b og 5c i attesten bedes besvaret for en periode på 10 år forud for første sygedag / skadedato.

Udfyldes af den undersøgende læge

1	<p>a) Er du patientens alment praktiserende læge?</p> <p style="text-align: right;">Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, Hvilken? _____ _____</p> <p>c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
2	<p>Hvad oplyser patienten om erhverv og arbejdsopgaver?</p> <p>Erhverv: _____</p> <p>Arbejdsopgaver: _____</p>
3	<p>a) Diagnose angivet på dansk og latin:</p> <p>1. Dansk: _____</p> <p>1. Latin: _____</p> <p>2. Dansk: _____</p> <p>2. Latin: _____</p> <p>Hvad oplyser patienten om? Ved flere sygdomme/symptomer/skader kan supplerende ark vedlægges.</p> <p>b) Hvornår opstod sygdommen eller skaden ifølge patienten?</p> <p>Dato: _____ (dag/md/år)</p> <p>c) Hvornår der blev ydet lægehjælp første gang ifølge patienten?</p> <p>Dato: _____ Klokken: _____ (dag/md/år)</p>

4 a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt? Nej Ja Hvis JA: Hvornår? _____
(dag/md/år)

Hvilken behandling? _____

Hvor? _____
(navn og adresse)

Behandlingens forventede varighed? _____
(uger/mdr/år)

Besvares kun, hvis ja til 4 a)

b) Oplyser patienten, at behandlingen følges? Nej Ja Hvis NEJ, hvorfor ikke? _____

5 a) Hvad vurderer du, årsagen er til sygdommen eller skaden? _____

b) Har patienten dig bekendt indenfor de seneste 10 år forud for skadedatoen haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region? Nej Ja Hvis JA, hvilke? _____

c) Skønner du på det foreliggende, at sygdomme eller andre forhold indenfor de seneste 10 år forud for skadedatoen har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger? Nej Ja Hvis JA, hvilke? _____
_____ Dato for tidligere sygdom/skade: _____
(dag/md/år)

6 Har patienten i forhold til det oplyste i spørgsmål 3 a) været: Nej Ja Hvis JA:

a) indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, hospital, privatklinik, laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted (herunder røntgen-klinik og fysiurgisk klinik)? Hvor? _____
(navn og adresse)

Hvornår? _____
(dag/md/år)

Hvor længe? _____
(dage/uger/mdr)

b) i behandling, henvist til eller undersøgt af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler? Nej Ja Hvor? _____
(navn og adresse)

Hvornår? _____
(dag/md/år)

Hvor længe? _____
(dage/uger/mdr)

- 7 a) Oplyser patienten at have været sygemeldt i det aktuelle forløb? Nej Ja Hvis JA:
 1) Fra: _____ Til: _____
 (dag/md/år) (dag/md/år)
 På fuld tid På deltid: _____
 (antal timer ugentlig)
- 2) Fra: _____ Til: _____
 (dag/md/år) (dag/md/år)
 På fuld tid På deltid: _____
 (antal timer ugentlig)
 Ved yderligere perioder kan supplerende ark vedlægges.
- b) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet? Hvornår? _____
 (dag/md/år)

- 8 Mener patienten at kunne:
- a) deltage i sit hidtidige arbejde? Nej Ja Hvis JA:
 Fra hvornår? _____
 (dag/md/år)
 På fuld tid På deltid: _____
 (antal timer ugentlig)
- b) varetage sine daglige funktioner i øvrigt? Fra hvornår? _____
 (dag/md/år)
 Fuldt ud Delvist
- c) føre tilsyn med virksomheden?
 (Besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling) Fra hvornår? _____
 (dag/md/år)
 På fuld tid På deltid: _____
 (antal timer ugentlig)

- 9 a) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner mener patienten, han/hun ikke kan udføre?
 Nærmere beskrivelse:

- b) Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?
 (Besvares kun hvis patienten har oplyst, at der er nedsat funktion)
 Nærmere beskrivelse:

- c) Hvor mange timer daglig vurderer du, patienten kan arbejde?
 Antal timer daglig: _____

- 10 a) Hvordan vurderer du prognosen for patientens tilstand? God Dårlig Ved ikke
- b) Er der tilstået komplikationer, der har påvirket sygdommens/skadens forløb? Nej Ja Hvis JA:
 Hvilke, hvordan og hvorfor?

- c) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til nuværende arbejde? Hvornår? _____
 (dag/md/år)
 Forventet arbejdstid ugentlig: _____

11 Har du udstedt attest/erklæring om patientens sygdom eller skade til andre forsikringselskaber, kommuner eller lign.? Nej Ja Hvis JA: Attest/erklæring udstedt til:

12 Eventuelle bemærkninger?

Der kan evt. vedlægges kopi af 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

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):

Betaling kan ske til NemKonto for det angivne CPR-/CVR-/SE-nr.

_____ CPR/CVR/SE-nr.:

_____ Giro/Bank Reg.nr. Kontonr.:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

Velliv
Lautrupvang 10,
2750 Ballerup
Att: Skadeafdeling, D41