

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.

Navn	CPR-nr.
Adresse	Postnr. og by
Stilling	

Til den forsikringssøgende:

- Du skal selv henvende dig til din alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge, for at få udfyldt denne attest. Husk at oplyse lægen om, at du skal have udfyldt FP100.
- Du skal selv gennemlæse svarene og underskrive attesten for at bekræfte, at alle helbredsforhold er med. Du er selv ansvarlig for, at attesten bliver udfyldt korrekt.
- Vær opmærksom på, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortælse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

Til den undersøgende læge (udfyldes af selskabet):

- Spørgsmålene i attestens afsnit II bedes besvaret for en periode på 10 år forud for dags dato.
- Attesten er en generel attest, og du skal derfor udfylde hele attesten.
- Ved udfyldelse ønsker selskabet, at du har særlig fokus på _____

Afsnit I: Lægens oplysninger

1	a. Er du forsikringssøgendes sædvanligt benyttede, alment praktiserende læge?	NEJ	JA	Hvis JA, siden hvornår? (måned/år)
	b. Kender du forsikringssøgende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvordan er identiteten fastslået?

Afsnit II: Lægens spørgsmål til forsikringssøgende med patientoptegnelser

- Patienten udspringes om tidligere og nuværende sygdomme, undersøgelser, behandlinger, forbrug af medicin, alkohol, tobak og stimulerende midler. Relevante patientoptegnelser, fx lægebreve, udskrivningsbreve, laboratoriesvar, bedes vedlagt.
- Du bedes være opmærksom på, at følgende oplysninger ikke må videregives til selskabet/pensionskassen:
 - Oplysninger om andre personers - fx slægtninges - aktuelle eller tidligere helbredstilstand.
 - Oplysninger om resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringssøgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests).
 - Oplysninger om deltagelse i - samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikringssøgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.
- Vær opmærksom på konsekvensen for patienten, såfremt der er afgivet mangelfulde oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens bestemmelser (se ovenfor).

1	Har den forsikringssøgende - eller har den forsikringssøgende indenfor de seneste 10 år haft: a. Infektionssygdomme, (undtagen alm. forkølelsetilfælde), fx hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, trope-sygdomme, malaria, HIV/AIDS?	NEJ	JA	Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.
	Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Navn _____

CPR-nr. _____

<p>b. Godartede eller ondartede tumorer/ svulster, fx kræft (cancer), forstadier til kræft (celleforandringer), blod- og lymfekræft, polypper, cyster og/ eller andre godartede svulster?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>c. Blodsygdomme, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>d. Stofskiftesygdomme, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?</p> <p>NB: Ved stofskiftesygdomme (inkl. dyslipædimi) angives kontrolværdier og evt. behandling.</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>e. Psykiske sygdomme, fx depression, nervøsitet, angst, stress, krisereaktion mv.?</p> <p>Har der været suicidale tendenser eller forgiftningstilfælde?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>f. Sygdomme i nervesystemet (inkl. øjen- og øresygdomme), fx hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, kramper eller besvimelser, lammelser eller bevægeforstyrrelser, hjerneblødning, blodprop, føleforstyrrelser, herunder multipel sklerose?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Navn _____

CPR-nr. _____

<p>g. Hjerter-, kredsløbs- eller karsygdomme, fx forhøjet blodtryk, angina pectoris, hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme, blodprop, hjerte- eller hjerteklapfejl, åreknuder eller årebetændelser, blodprop i ben, vindueskiggersyndrom (claudicatio intermittens)?</p> <p>NB: Ved forhøjet blodtryk angives initialt blodtryksni-veau, aktuel behandling og behandlingsperiode.</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>h. Lunge- eller luftvejssygdomme, fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis, rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, emfysem og sarkoidose?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>i. Fordøjelsessygdomme (mave, tarme, lever, galde og bugspytkirtel), fx sårddannelser (ulcus) eller blødninger, mavekatar, spiserørgener eller reflux, fordøjelsesbesvær (nervøs tyktarm, cøliaki eller allergi), tyk- eller tyndt-armsbetændelse, tarmslyng, polypper, gulsot eller leverbetændelse, galdesten, fedtlever (steatose), påvirkede levertal (blodprøver), bugspytkirtelbetændelse?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>j. Hudsygdomme, fx eksem (inkl. allergi), hudkræft, psoriasis, betændelsestilstande (inkl. bylder), blæreudslæt og kønssygdomme?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Navn _____

CPR-nr. _____

<p>k. Sygdomme i- eller gener fra nakke, ryg eller lænd, fx myoser, iskias, diskusprolaps, lumbago, whiplash, sygdomme i rygsøjlen, rygskævhed?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>l. Sygdomme i led, sener, knogler og bindevæv, fx sene- og ledbåndsskader, slidgigt, gigt (reumatologiske sygdomme), fibromyalgi, osteoporose, hypermobilitet og bækkenløsning?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>m. Nyre- og urinvejssygdomme samt gynækologiske sygdomme, fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein eller bakterier i urinen, fjernelse af nyre, misdannelser eller cyster, kvindelige gynækologiske problemer og mandlige urinvejsproblemer (inkl. prostata)?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>n. Andre sygdomme end de ovennævnte, bortset fra ukomplicerede børnesygdomme, almindelige kortvarige og ikke tilbagevendende infektionssygdomme samt ukomplicerede kosmetiske behandlinger?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p> <hr/> <hr/> <hr/>

Navn _____

CPR-nr. _____

2	Er forsikringsøgende kommet til skade inden for de seneste 10 år?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Hvornår? (måned/år) _____
	Hvis JA, er der følger? Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvori bestod skaden? _____
3	Har der indenfor de seneste 10 år været længerevarende sygdommelning/ uarbejdsdygtighed (mere end én måned)?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____
				Af hvilken årsag? _____
4	Har forsikringsøgende – ud over det oplyste – indenfor de seneste 10 år været i længerevarende (mere end én måned) eller tilbagevendende medicinsk behandling, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____
				Af hvilken årsag? _____
5	Anvender forsikringsøgende - eller har forsikringsøgende indenfor de seneste 10 år anvendt euforiserende midler (fx heroin, speed, kokain, ecstasy og LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre stimulerende eller beroligende midler?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år) _____
				Aktuelt? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Hvilke præparater/stoffer? _____
6	a. Drikker forsikringsøgende øl, vin, hedvin eller spiritus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____
	b. Har forsikringsøgende indenfor de seneste 10 år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	NEJ <input type="checkbox"/>	JA <input type="checkbox"/>	Hvis JA. Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____
				I hvilke perioder? (måned/år) _____

Navn _____

CPR-nr. _____

	<p>c. Har forsikringsøgende indenfor de seneste 10 år modtaget behandling eller rådgivning for et overforbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år)</p> <p>_____</p> <p>Aktuelt? NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/></p> <p>Hvilken behandling/rådgivning?</p> <p>_____</p> <p>Med hvilken effekt?</p> <p>_____</p>
<p>7</p>	<p>a. Ryger forsikringsøgende?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA. Hvor stort et dagligt forbrug? (antal cigaretter, cigarer, pibestop)</p> <p>_____</p>
	<p>b. Har forsikringsøgende røget indenfor de seneste 10 år?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA. I hvilke perioder? (måned/år)</p> <p>_____</p> <p>Hvor stort et dagligt forbrug? (antal cigaretter, cigarer, pibestop)</p> <p>_____</p>
<p>Jeg har gennemlæst besvarelsenerne og erklærer hermed, at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og intet er fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan ophæves eller dækningen kan blive nedsat, hvis oplysningerne er ufuldstændige, forkerte, eller hvis fortielse har fundet sted.</p>			
<p>_____</p> <p>Dato</p>	<p>_____</p> <p>Forsikringsøgendes underskrift</p>	<p>_____</p> <p>CPR-nr.</p>	

Navn _____

CPR-nr. _____

Afsnit III: Lægens undersøgelse																	
1	Forsikringssøgendes højde og vægt.	<p>Højde (uden sko): _____ cm</p> <p>Vægt (uden overtøj): _____ kg</p>															
2	<p>Kan der påvises noget abnormt ved:</p> <p>a. Hoved, mundhule, svælg, hals?</p> <p>b. Øjne, inkl. synsfunktion med bedste korrektion?</p> <p>c. Ører, inkl. hørefunktion med bedste hørekorrektion? Hørefunktionen kan måles med hviske- og talestemme i fire meters afstand.</p> <p>d. Brystkasse, inkl. deformiteter og bevægelighed?</p> <p>e. Lunger, inkl. stetoskopi? Ved lungesygdom, herunder astma og bronkitis-symptomer, udbedes tre peakflow målinger (evt. en spirometri).</p> <p>f. Hjerter og kar, inkl. stetoskopi, puls og blodtryk? Der foretages tre blodtryksmålinger med mindst ét minuts mellemrum, efter forsikringssøgende har haft mindst fem minutters hvile.</p> <p>Ved nyopdaget forhøjet BT: Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?</p> <p>g. Underlivet (abdomen), fx udfyldning, organsvulst, ømhed, ar? Der ønskes ikke gynækologisk eller rektal undersøgelse.</p> <p>h. Rygsøjle, inkl. abnorme krumninger?</p> <p>i. Arme, ben og led, fx åreknuder, ødemer, perifere pulsforhold, tegn på bestående eller overstået årebetændelse, muskelsvind?</p> <p>j. Hud og lymfekirtler (hals, armhule, lyske)?</p> <p>k. Ydre kønsorganer, inkl. palpation af bryster?</p> <p>l. Undersøgelse af nervesystemet, fx lammelser, rysten reflekser, føleforstyrrelser?</p>	<p>Hvis JA udbedes en nærmere beskrivelse.</p> <p>Synsstyrke (m. korr.) hø.: _____</p> <p>Hørefunktion (m. korr.): _____</p> <p style="text-align: center;">Peakflow målinger (LFU) ved lungesygdom:</p> <p style="text-align: center;">Måling 1: Måling 2: Måling 3:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">Puls</td> <td style="text-align: center;">Blodt-tryk</td> <td style="text-align: center;">Måling 1:</td> <td style="text-align: center;">Måling 2:</td> <td style="text-align: center;">Måling 3:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Rytme:</td> <td style="text-align: center;">Systolisk</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Frekvens:</td> <td style="text-align: center;">Diastolisk</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> <td style="text-align: center;">_____</td> </tr> </table> <p>Hvilken? _____</p>	Puls	Blodt-tryk	Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:	Rytme:	Systolisk	_____	_____	_____	Frekvens:	Diastolisk	_____	_____	_____
Puls	Blodt-tryk	Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:													
Rytme:	Systolisk	_____	_____	_____													
Frekvens:	Diastolisk	_____	_____	_____													

Navn _____

CPR-nr. _____

3	Undersøgelse af urinen ved stix. Ved nyopdagede positive fund: Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Protein</td> <td style="width: 33%;">Resultat</td> <td style="width: 33%;">Blod</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Sukker</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>Ved positiv reaktion skal resultatet af eventuel umiddelbar efterfølgende kontrolundersøgelse anføres nedenfor.</p> Kontrol dato _____ <table style="width: 100%; text-align: center; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%;">Protein</td> <td style="width: 33%;">Resultat</td> <td style="width: 33%;">Blod</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td>Sukker</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> Hvis JA, hvilken? _____	Protein	Resultat	Blod	<input type="text"/>	Sukker	<input type="text"/>	Protein	Resultat	Blod	<input type="text"/>	Sukker	<input type="text"/>
Protein	Resultat	Blod													
<input type="text"/>	Sukker	<input type="text"/>													
Protein	Resultat	Blod													
<input type="text"/>	Sukker	<input type="text"/>													
4	Tyder udseende eller fremtræden på nogen svagelighed eller sygelighed, herunder psykisk lidelse?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA . Hvordan? _____												
5	Anser du forsikringsøgende for: Rask (uden sygdomssymptomer)? Fuldt arbejdsdygtig?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ . Hvorfor ikke? _____ Hvorfor ikke? _____												
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 HELBREDSATTEST til:													

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