

Lægeerklæring - afbestilling af rejse

Punkt 1-2 udfyldes af forsikrede

Punkt 3-7 udfyldes af lægen

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæringen afholdes af forsikrede.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

1. Forsikringstager (udfyldes af forsikrede)

| | | |
|---------------|-----------------|------------------|
| Navn: | | Cpr-nr.: |
| Adresse: | Postnr.: | By: |
| Policenummer: | Telefon privat: | Telefon arbejde: |
| E-mail: | | |

2. Om rejsen (udfyldes af forsikrede)

| | | |
|---------------------------------------|------|------|
| Planlagt rejsemål? | | |
| Rejsens varighed? | Fra: | Til: |
| I hvilket rejsebureau er rejsen købt? | | |

3. Om sygdommen (udfyldes af lægen)

| | | | |
|--|-----------|----------------------|-------------|
| Patientens navn: | | Patientens cpr. nr.: | |
| Hvornår fandt 1. konsultation om aktuel sygdom eller skade sted? | | Dato: | |
| Hvor fandt konsultationen sted? (sæt kryds) | I praksis | I hjemmet | Pr. telefon |
| Hvilken sygdom drejer det sig om? Diagnosen bedes angivet på dansk og latin: | | | |
| Dansk: | | Latin: | |
| Hvornår oplyser patienten at have fået sygdommen/være kommet til skade? | | Dato: | |
| Hvor længe skønnes det at sygdommen eller skaden varer? | | | |
| Er patienten i øvrigt i medicinsk behandling? (sæt kryds) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Hvis ja, hvilken? | | | |
| Er patienten i øvrigt i anden form for lægehenvist behandling? (sæt kryds) | | | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Hvis ja, hvilken? | | | |

4. Om rejsens betydning for sygdommen (udfyldes af lægen)

| | |
|---|------------------------------|
| Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentligt eller i øvrigt skade patientens helbred? (sæt kryds) | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Hvis ja, kort begrundelse: | |
| | |
| Skønner du, at patientens almentilstand er sådan, at det er en hindring for at rejse? | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Hvis ja, kort begrundelse: | |
| | |
| Hvis ja, hvilken? | |
| | |

5. Om tidligere/eksisterende sygdom (udfyldes af lægen)

| | |
|---|------------------------------|
| Har patienten tidligere haft samme sygdom/skade? (sæt kryds) | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Hvis ja, hvornår? | Dato: |
| Har patienten tidligere haft symptomer på samme sygdom/skade? (sæt kryds) | |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
| Hvis ja, hvornår? | Dato: |
| Hvornår skønnes det, at tilstanden er habituel? | Om ca.: |

6. Hvornår blev undersøgelsen foretaget? (udfyldes af lægen)

| |
|---|
| Dato for undersøgelse: |
| Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v. De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål. Med mindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant. |

7. Underskrift (udfyldes af lægen)

| | |
|---|---------------------|
| Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse | |
| Dato: | Lægens underskrift: |
| Nøjagtig adresse/stempel: | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> | |
| CVR-nr./ SE-nr.: | |
| <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| Attesten sendes i lukket kuvert mærket "attest" til: Gouda Rejseforsikring, att. Medicinsk Afdeling, A.C. Meyers Vænge 9, 2450 København SV. | |

A.C. Meyers Vænge 9 • DK-2450 København SV • CVR-nr. 33 25 92 47 • Tlf.: (+45) 88 20 88 20 • Fax: (+45) 88 20 88 21

E-mail: gouda@gouda.dk • web: gouda.dk • CVR-nr. 33 25 92 47

En del af Gjensidige • Dansk filial af Gjensidige Forsikring ASA, Norge • ORG-nr. 995 568 217