

# Lægeerklæring

## Afbestilling af rejse 1:2

Pkt. 1-2 udfyldes af forsikrede  
Pkt. 3-7 udfyldes af lægen

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæringen afholdes af forsikrede



### Udfyldes af forsikrede:

|                      |          |            |     |  |
|----------------------|----------|------------|-----|--|
| 1. Forsikrings-tager | Navn:    | Policenr.: |     |  |
|                      | Adresse: | Postnr.:   | By: |  |
|                      | CPR.nr.: | Tlf.nr.:   |     |  |
|                      | E-mail:  |            |     |  |

|              |                                       |      |      |
|--------------|---------------------------------------|------|------|
| 2. Om rejsen | Planlagt rejsemål?                    |      |      |
|              | Rejsens varighed?                     | Fra: | Til: |
|              | I hvilket rejsebureau er rejsen købt? |      |      |

### Udfyldes af lægen:

|                   |  |                      |           |             |
|-------------------|--|----------------------|-----------|-------------|
| 3. Om sygdommen   | 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 | Per 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)                    | Ja                   | Nej       |             |
|                   | Hvis ja, hvilken?  |                      |           |             |
|                   | Er patienten i øvrigt i anden form for lægehenvist behandling? (sæt kryds)   | Ja                   | Nej       |             |
| Hvis ja, hvilken? |  |                      |           |             |

|                                       |   |    |     |
|---------------------------------------|---|----|-----|
| 4. Om rejsens betydning for sygdommen | Skønner De, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentligt eller i øvrigt skade patientens helbred? (sæt kryds) | Ja | Nej |
|                                       | Hvis ja, kort begrundelse:  |    |     |
|                                       | Skønner De, at patientens almentilstand er sådan, at det er en hindring for at rejse? (sæt kryds)                         | Ja | Nej |
|                                       | Hvis ja, kort begrundelse:  |    |     |

# Lægeerklæring

## Afbestilling af rejse 2:2

|  |   |         |     |
|--|---|---------|-----|
| 5. Om tidligere/eksisterende sygdom  | Har patienten tidligere haft samme sygdom/skade? (sæt kryds)  | Ja      | Nej |
|  | Hvis ja, hvornår?   | Dato:   |     |
|  | Har patienten tidligere haft symptomer på samme sygdom/skade (sæt kryds)  | Ja      | Nej |
|  | Hvis ja, hvornår?   | Dato:   |     |
|  | Ved kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut forværring? (sæt kryds)  | Ja      | Nej |
|  | Hvis ja, hvornår?   | Dato:   |     |
|  | Hvornår skønnes det, at tilstanden er habituel?   | Om ca.: |     |
| 6. Hvornår blev undersøgelsen foretaget?   | 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.<br>Med mindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant |         |     |
| 7. Underskrift   | Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse   |         |     |
|  | Dato og lægens underskrift:<br><br>_____  |         |     |
| Nøjagtig adresse/ Stempel:<br><br><div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>                         |   |         |     |
| CVR-nr./ SE-nr.:<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>  |   |         |     |
| Attesten sendes i lukket kuvert mærket "attest" til: Gouda Rejseforsikring, att. Medicinsk Afdeling, Sejrøgade 7, 2100 København Ø |   |         |     |