

Ansøgning om forhåndsgodkendelse - Erhvervsrejse

Du kan søge om en forhåndsgodkendelse, hvis du har en lidelse/symptomer, der gør at du ikke opfylder kravene i betingelserne og derfor ønsker Goudas vurdering med henblik på en evt. dispensation.

Den udfyldte ansøgning sendes til medicinsk@gouda.dk

Blanketten skal udfyldes med blokbogstaver.

Udfyldes af Gouda:

Godkendt:

Forbehold:

Afslag:

1. Ansøger

Navn:	CPR-nr.:
Adresse:	
Postnr.:	By:
Telefon:	E-mail:
Firma:	Policenummer:

2. Rejse

Destination (land):	
Planlagt afrejsedato:	Planlagt hjemrejsedato:
Rejsens formål:	

3. Læge (Skal altid udfyldes af læge)

Til lægen:

Din patient har/har haft en lidelse/symptom, der gør at han/hun ikke opfylder kravene i betingelserne til dækning for sygdom på rejsen.
For at Gouda kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, bedes du udfylde alle felter i **punkt 3 (Læge)** og **punkt 4 (Oplysning om klinikken)**.
Hvis ansøgningen ikke er fyldestgørende, vil den blive afvist.
Vedlæg gerne journaler, epikriser og undersøgelsesresultater.
Evt. udgifter i forbindelse med lægeerklæringen afholdes af ansøger.

Hvilken sygdom/symptomer ønsker patienten en forhåndsvurdering af?

Hvornår er sygdommen opstået?

Hvilket behandlingsbehov kan opstå?

3. Læge - fortsat

Er der stadig symptomer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke?	Hvis nej, hvornår stoppede symptomerne?	
Har lidelsen medført kirurgisk behandling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilken?	Tid og sted for behandlingen?	
Hvilken behandling gives i øvrigt/har været givet de seneste 6 måneder? (Beskriv navn og dosis)		Hvornår?	
Er der sket ændringer i den medicinske behandling de seneste 6 mdr.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis ja, hvilken? Og for hvad?		Hvornår?	
Har patienten været indlagt de seneste 6 mdr.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvor og hvornår?		
Har patienten andre sygdomme/symptomer? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Hvis ja, hvilke og hvilken behandling er givet?		
Venter patienten på undersøgelser/behandling eller videre udredning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Hvis ja, hvilken undersøgelse/behandling?		Hvornår?	
Har patienten været sygemeldt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Fra (dato):	Til (dato):	

4. Oplysninger om klinikken

Klinikkens navn og adresse:	
Dato:	Lægens underskrift:

5. Forsikringsøgendes underskrift

Dato:	Forsikringsøgendes underskrift:
-------	---------------------------------