

Lægeerklæring

Afbestilling af rejse

Punkt 1 udfyldes af forsikrede

Punkt 2-7 udfyldes af lægen

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæringen afholdes af forsikrede.

Udfyld venligst blanketten tydeligt med blokbogstaver.

1. Personlige oplysninger (udfyldes af forsikringstager)

| | | | |
|--------------------------------|----------|---|----------|
| Policenr./billetr./fakturanr.: | | Navn på virksomhed (hvis erhvervsforsikring): | |
| Navn: | | | Cpr-nr.: |
| Adresse: | Postnr.: | By: | |
| Land: | E-mail: | | |

2. Om sygdommen/tilskadekomsten (udfyldes af lægen)

| | | | |
|---|--|--|--|
| Patientens navn: | | Patientens cpr. nr.: | |
| Hvornår oplyser patienten at have symptomdebut vedrørende den aktuelle sygdom? Dag/måned/år: | | Er patientens sygdom opstået akut? (sæt X) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Hvornår fandt 1. konsultation om den aktuelle sygdom/tilskadekomst sted (dato/måned/år)? | | | |
| Hvilken diagnose har patienten fået stillet? | | | |
| Dansk: | | Latin: | |
| Hvor længe skønnes symptomerne at vare? | | | |
| Er patienten aktuelt sat i medicinsk behandling? (sæt kryds) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Hvis ja, hvilken? | | | |
| Er patienten aktuelt sat i anden form for lægehenvist behandling? (sæt kryds) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | | | |
| Hvis ja, hvilken? | | | |
| Er patienten i øvrigt i anden form for medicinsk – eller lægehenvist behandling? | | | |

3. Patientens sygdomshistorik ved kronisk lidelse (udfyldes af lægen)

| | |
|--|------------------|
| Har patienten tidligere haft samme sygdom/skade? (sæt kryds) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Hvis ja, hvornår fik patienten diagnosen? | (Dato/måned/år): |

| | |
|---|------------------|
| Er der sket en akut forværring? (sæt kryds) | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Hvis ja, hvornår? | (Dato/måned/år): |
| Har patienten tidligere haft symptomer på samme sygdom/skade uden, at der blev stillet en diagnose? (sæt kryds) | |
| <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej | |
| Hvis ja, hvornår? | (Dato/måned/år): |

4. Om rejsens betydning for patientens helbred (udfyldes af lægen)

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

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

| |
|---|
| Dato/måned/år: |
| Der kan eventuelt vedlægges relevante udskrivningsbreve samt undersøgelsesresultater. |

6. Evt. bemærkninger fra lægen (udfyldes af lægen)

| |
|---------------|
| Bemærkninger: |
| |

7. Underskrift (udfyldes af lægen)

| | |
|--|---------------------|
| Denne attest er udfærdiget i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten samt min undersøgelse af patienten. Jeg er indforstået med, at denne attest kan blive udleveret til patienten af Gouda Rejseforsikring. | |
| Dato: | Lægens underskrift: |
| Nøjtastig adresse/stempel: | CVR-nr./ SE-nr.: |
| <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%;"></div> | |
| Attesten sendes i en lukket kuvert mærket "Attest" til Gouda Rejseforsikring, att.: Medicinsk afdeling, A.C. Meyers vænge, 2450 København SV. | |