FP 710 - Sundhedsforsikringsattest

|  |
| --- |
| **Til lægen:** Denne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikringsselskab, hvor den forsikrede er kunde. Lægen honoreres således kun, hvis selskabet har bedt lægen om at udfylde den. Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest. Hvis selskabet eller patienten ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at patienten er til stede imens, skal patienten afgive samtykke hertil. |

|  |
| --- |
| **Navn:**  **Cpr-nr:** **Skadesnr./policenr.:**  **Attesten er udfyldt vedrørende:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Udfyldes af patientens alment praktiserende læge** | | | |
| **1** | Hvor længe har du været patientens læge? |  | Dato: |
| **2** | Hvilke symptomer har patienten og hvornår startede de?  Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang? |  | Dato for første symptom:  Dato: |
| **3** | Foreligger der en diagnose på tilstanden?  Er sygdommen kronisk?  Hvornår blev diagnosen stillet? | **NEJ JA**  **🞎 🞎**  **🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvilken diagnose (gerne på latin):  Dato: |
| **4** | Har du henvist patienten til speciallæge, sygehus eller anden behandler, fx psykolog, fysioterapeut, diætist?  **a.** Har du henvist patienten til billeddiagnostiske undersøgelser?  **b.** Ved psykologhjælp:  Er patienten henvist via den offentlige sygesikring?  **c.** Ved behandling hos diætist:  **d.** Ved kiropraktorbehandling:  Kan du anbefale kiropraktorbehandling? | **NEJ JA**  **🞎 🞎**  **🞎 🞎**  **🞎 🞎**  **🞎 🞎** | Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.  Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.  Hvis **JA**, vedlæg venligst lægehenvisning.  Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykologhjælp:  Hvis **NEJ**, kan du anbefale psykologhjælp?  Højde: Vægt:  Angiv indikationen for behandlingen: |
| **5** | Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade før? | **NEJ JA**  **🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvornår:  Dato: |
| **6** | Skønner du, at tidligere symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?  Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen? | **NEJ JA**  **🞎 🞎** | Hvis **JA**, hvilken indflydelse på tilstanden?  Dato: |

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v. Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

|  |  |
| --- | --- |
| 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):**  .  CPR-nr./SE-nr.: …………………………………………………  Giro/Bank Regnr. Kontonr.: ………………………………………  Betaling kan ske til NemKonto for det angivne CPR/CVR/SE-nr. | Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til: |

ID-nr. 04.10.01.01.

Attesten er godkendt af Lægeforeningens attestudvalg og honoreres af forsikringsselskabet straks efter indsendelse af regning på beløb svarende til den gældende takst ifølge overenskomst med Lægeforeningen. Eftertryk/efterligning ikke tilladt.