

# Lægeerklæring

## AFBESTILLING AF REJSE 1:2



### Udfyldes af forsikrede

Rejsebevisnr.:	<input type="text"/>	Skadesdato:	<input type="text"/>
Navn:	<input type="text"/>	Cpr.nr.:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Postnr.:	<input type="text"/>
By:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

### Udfyldes af lægen

#### 1. Om rejsen

Hvad oplyser patienten om planlagt rejsemål?

Hvad oplyser patienten om rejsens varighed?

#### 2. Om sygdommen

Hvornår fandt 1. konsultation om aktuelle sygdom eller skade sted?

Dato:

Hvor fandt 1. konsultations sted? Pr. telefon:  Praksis:  I hjemmet:

Hvilken sygdom drejer det sig om? Nøjagtig diagnose på dansk og latin.

Dansk  Latin

Hvornår oplyser patienten at have fået denne sygdom eller være kommet til skade? Dato:

Hvor længe skønner du, at sygdommen eller skaden varer? Dato:

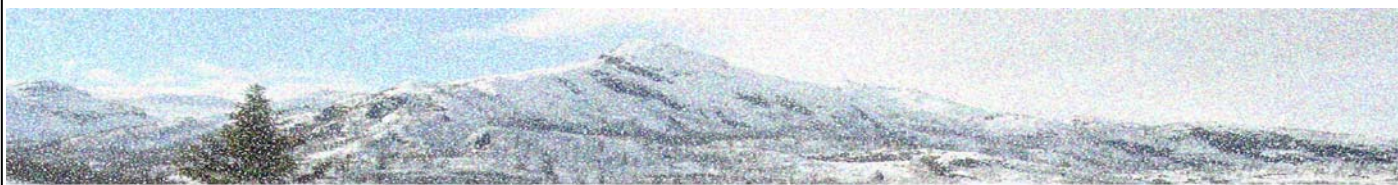
#### 3. Om rejsens betydning for sygdommen

Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentligt eller i øvrigt skade patientens helbred? JA  NEJ

Hvis JA, kort begrundelse:

Skønner du, at patientens almentilstand er sådan at det er en hindring for at rejse? JA  NEJ

Hvis JA, kort begrundelse:



# Lægeerklæring

## AFBESTILLING AF REJSE 2:2



#### 4. Om tidligere / eksisterende sygdom

Har patienten tidligere haft samme sygdom eller skade?

JA

NEJ

Hvis Ja, hvornår?

Ved kronisk lidelse: Er der indtrådt en akut forværring?

JA

NEJ

Hvis Ja, hvornår?

Hvor skønner du at sygdommen er habituel?

#### 5. 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.

Med mindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller til dennes repræsentant.

#### 6. Underskrift

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.

Dato:

Underskrift:

Nøjagtig adresse:

CPR.nr/SE-nr:

