

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefritagelse ved tab af erhvervsevne

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten:

Navn: _____ CPR-nr. : _____

Stilling: _____

Skadenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5b og 5c i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er den:

 ddmm-yyyy

Udfyldes af den undersøgende læge

1	a) Er du patientens alment praktiserende læge?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, hvilken?
	c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

2	Hvad oplyser patienten om erhverv og arbejdsopgaver?	Erhverv: Arbejdsopgaver:
----------	--	---------------------------------

3	a) Diagnose angivet på dansk og latin: Hvad oplyser patienten om?	1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin: <i>Ved flere sygdomme/symptomer/skader kan supplerende ark vedlægges.</i>
	b) Hvornår opstod sygdommen eller skaden ifølge patienten?	Dato: (dag/md/år)
	c) Hvornår der blev ydet lægehjælp første gang ifølge patienten?	Dato: Klokker: (dag/md/år)

4	a) Oplyser patienten, at behandling er påbegyndt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Hvornår? (dag/md/år) Hvilken behandling? Hvor? (navn og adresse) Behandlingens forventede varighed?..... (uger/mdr/år)
	Besvares kun, hvis ja til 4 a)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvorfor ikke?
	b) Oplyser patienten, at behandlingen følges?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefrigørelse ved tab af erhvervsevne

Side 2 af 3

<p>5</p> <p>a) Hvad vurderer du, årsagen er til sygdommen eller skaden?</p> <p>b) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region?</p> <p>c) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold indenfor de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværreret dens følger?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, hvilke?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, hvilke?</p> <p>Dato for tidligere sygdom/skade: (dag/md/år)</p>
<p>6</p> <p>Har patienten i forhold til det oplyste i spørgsmål 3 a) været:</p> <p>a) indlagt, behandlet eller undersøgt på sygehus, hospital, privatklinik, laboratorium, ambulatorium eller andet behandlingssted (herunder røntgenklinik og fysiurgisk klinik)?</p> <p>b) i behandling, henvist til eller undersøgt af læge, speciallæge, kiropraktor, fysioterapeut eller anden behandler?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor? (navn og adresse)</p> <p>Hvornår? (dag/md/år)</p> <p>Hvor længe? (dage/uger/mdr)</p>
<p>7</p> <p>a) Oplyser patienten at have været sygemeldt i det aktuelle forløb?</p> <p>b) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>2) Fra: Til: (dag/md/år) (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p>Ved yderligere perioder kan supplerende ark vedlægges.</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvornår? (dag/md/år)</p>
<p>8</p> <p>Mener patienten at kunne:</p> <p>a) deltage i sit hidtidige arbejde?</p> <p>b) varetage sine daglige funktioner i øvrigt?</p> <p>c) føre tilsyn med virksomheden? (Besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)</p>	<p>NEJ JA Hvis JA:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> Fuldt ud <input type="checkbox"/> Delvist</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fra hvornår? (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> På fuld tid <input type="checkbox"/> På deltid: (antal timer ugentlig)</p>

FP 401 Lægeattest ved nedsat erhvervsevne 1

Anvendes ved ansøgning om udbetaling og/eller præmiefrigørelse ved tab af erhvervsevne

Side 3 af 3

9	a) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner mener patienten, han/hun ikke kan udføre?	Nærmere beskrivelse:
	d) Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner? (Besvares kun hvis patienten har oplyst, at der er nedsat funktion)	Nærmere beskrivelse:
	c) Hvor mange timer daglig vurderer du, patienten kan arbejde?	Antal timer daglig:
10	a) Hvordan vurderer du prognosen for patientens tilstand?	NEJ JA God <input type="checkbox"/> Dårlig <input type="checkbox"/> Ved ikke <input type="checkbox"/>
	b) Er der tilstået komplikationer, der har påvirket sygdommens/skadens forløb?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA: Hvilke, hvordan og hvorfor?
	c) Forventer du, at patienten helt eller delvist genvinder erhvervsevnen i forhold til nuværende arbejde?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvornår? (dag/md/år) Forventet arbejdstid ugentlig:
11	Har du udstedt attest/erklæring om patientens sygdom eller skade til andre forsikringsselskaber, kommuner eller lign.?	NEJ JA Hvis JA: Attest/erklæring udstedt til: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Eventuelle bemærkninger?	

Der kan evt. vedlægges kopi af udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.

De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.

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 det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

.....
Dato Lægens underskrift

Nøjagtig adresse (stempel):

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser.

04.05.01.05