

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./billetnr./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	
Dato:	Lægens underskrift:
Nøjagtig adresse/stempel:	CVR-nr./ SE-nr.:

ML Travelgroup ApS, Bredgade 36 1260 København K - CVR: 40989579

Mail: info@duf-rejser.dk - Tlf: +45 70 267 277