



Lægeerklæring AFBESTILLING AF REJSE 1:2

Org. Nr. 556462-0473

Udfyldes af forsikrede

Policenummer: _____ Skadedato: _____

Navn: _____ CPR-nr: _____

Adresse: _____ Postnr: _____

By: _____ Tlf. privat: _____

E-mail: _____ Tlf. arbejde: _____

Pengene overføres til reg.nr./kontonr.: _____

Honorar for udfærdigelsen af lægeerklæringen afholdes af forsikrede.

Udfyldes af lægen

1. Om rejsen

Hvad oplyser patienten om planlagt rejsemål? _____

Hvad oplyser patienten om rejsens varighed? Fra: _____ Til: _____

2. Om sygdommen

Hvornår fandt 1. konsultation om aktuell sygdom eller skade sted? Dato: _____

Hvor fandt 1. konsultation sted? I praksis I hjemmet Pr. telefon

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? _____

3. Om rejsens betydning for sygdommen

Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentlig 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 intrådt en akut forværring? Ja Nej

Hvis ja, hvornår: _____

Hvornår skønner du, at tilstanden er habituel? Ca. om: _____

5. Hvornår blev undersøgelsen foretaget?

Dato for undersøgelsen: _____

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.
De lægelige oplysninger og skøn, der framgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.
Med mindre andet er anført, mer jag inforstået 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 miin undersøgelse.

Dato: _____ Lægens underskrift: _____

Nøjagtig adresse: _____

CPR-nr./SE-nr.: _____

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Lægeerklæring" til: Europ Assistance/SAS, Postbox 94, 1003 København