

Udfyldes af forsikringsselskabet	
Forsikredes navn: Anja Lund Bertelsen	CPR-nr.: 310788-2226
Stilling: Ergoterapeut	
Policenummer.:	Skadedato: 19/01-2017

Til den undersøgende læge
<ul style="list-style-type: none"> Der kan eventuelt 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 dennes repræsentant.

Udfyldes af lægen		
1	Hvad er patientens navn?	Navn: Anja Lund Bertelsen
2	Er patienten den, der skal afbestille rejse? Hvis nej, skal 3 og 7 ikke udfyldes	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>
3	a) Hvad oplyser patienten om planlagt rejsemål? b) Hvad oplyser patienten om rejsens varighed?	Rejsemål: Tokyo, New zea, Austra Fra: 27/01-2017 Til: 17/02-2017 <small>(dag/md./år) (dag/md./år)</small>
4	a) Hvornår fandt 1. konsultation om aktuelle sygdom eller skade sted? b) Hvor fandt 1. konsultation sted?	Dato: 05/01-2017 <small>(dag/md./år)</small> <input checked="" type="checkbox"/> I praksis <input type="checkbox"/> I hjemmet <input type="checkbox"/> P. telefon <input type="checkbox"/> På hospitalet
5	Hvilken sygdom eller skade drejer det sig om? <i>Diagnosen bedes angivet på både dansk og latin.</i>	1. Dansk: Bækkenløsning 1. Latin: Insuff. pelvi 2. Dansk: 2. Latin:
6	a) Hvornår oplyser patienten første gang at have fået symptomerne på sygdommen eller at være kommet til skade? b) Hvor længe skønner du, at sygdommen eller skaden vil vare? c) Er patienten i øvrigt i medicinsk behandling? d) Er patienten i øvrigt i anden form for lægehenvist behandling?	Nej Ja Dato: 01/01-2017 <small>(dag/md./år)</small> 3-4 mdr. <small>(antal dage/uger/måneder)</small> Hvis JA: Hvilken? Fysioterapi

7	<p>a) Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentlig eller i øvrigt skade patientens helbred?</p> <p>b) Skønner du, at patientens almentilstand udgør en hindring for at rejse?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA: Giv venligst en kort begrundelse</p> <p>Bækkenløsnings sygdom... må forventes forværret</p> <p>.....</p>
8	<p>a) Er du bekendt med, at patienten tidligere har haft samme symptomer, sygdom eller skade?</p> <p>b) Ved kronisk lidelse:</p> <p>- Er der indtrådt en akut forværring?</p> <p>- Hvornår skønner du, at tilstanden er habituel?</p>	<p>Nej Ja</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>Dato: 19/01-2017 (dag/md./år)</p> <p>Ca. om: (antal dage/uger/måneder)</p>
9	<p>Undersøgelsens dato</p>		<p>19/01-2017 (dag/md./år)</p>

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med min journal, mit kendskab til patienten og min undersøgelse foretaget:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket LÆGE til:

19/01-2017
Dato


Underskrift

Nøjagtig adresse (stempel):

Pernille Stage
Elmegade 15
2200 København N
TLF.: 35375522

YDEK NR. 005564
PERNILLE STAGE
LÆGE
ELMEGADE 15, 1. tv. - 2200 KBH N
TLF. 35 37 55 22
GIRO 2 71 94 87 - SE NR 1306177



CPR-nr./SE-nr.: 13061777

GIRO/ Bank regnr. kontonr.:

ID-nr. 04.03.01.04

Lægeforeningen og Forsikring & Pension 2011