



**Udfyldes af lægen**

|          |  |   |   |
|----------|--|---|---|
| <b>6</b> | a) Hvornår oplyser patienten første gang at have fået symptomerne på sygdommen eller at være kommet til skade?   |   | Dato: _____<br>(dag/mdr./år)                                |
|          | b) Hvor længe skønner du, at sygdommen eller skaden vil vare?  |   | _____<br>(antal dage/uger/måneder)                          |
|          | c) Er patienten i øvrigt i medicinsk behandling?   | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA: hvilken?<br>_____                                  |
|          | d) Er patienten i øvrigt i anden form for lægehenvist behandling?  | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA: hvilken?<br>_____                                  |
| <b>7</b> | a) Skønner du, at rejsen vil forværre sygdommen eller skaden væsentlig eller i øvrigt skader patientens helbred? | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA: giv venligst en kort begrundelse<br>_____<br>_____ |
|          | b) Skønner du, at patientens almentilstand udgør en hindring for at rejse?                                       | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____<br>_____  |
| <b>8</b> | a) Er du bekendt med, at patienten tidligere har haft samme symptomer, sygdom eller skade?                       | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____<br>_____  |
|          | b) Ved kronisk lidelse:  |   |   |
|          | - Er der indtrådt akut forværring?   | <b>Ja</b> <input type="checkbox"/> <b>Nej</b> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Dato: _____<br>(dag/mdr./år)                                |
|          | - Hvornår skønner du, at tilstanden er habituel?   |   | Ca. om: _____<br>(antal dage/uger/måneder)                  |
| <b>9</b> | Undersøgelsens dato  |   | _____<br>(dag/mdr./år)                                      |

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:

**ETU Forsikring /AS**  
**Hørvejen 8**  
**6230 Rødekro**  
**Att.: Skadesafdelingen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dato

Underskrift

**Nøjagtig adresse (stempel):**

CPR-nr./SE-nr.: \_\_\_\_\_

GIRO/Bank reg. nr. konto nr. \_\_\_\_\_