

Udfyldes af ansøgeren. Skriv venligst med blokbogstaver!

Navn: _____	CPR-nr.: _____
Adresse: _____	Telefon: _____
Postnr. og by: _____	Afrejsedato: _____
E-mail: _____	Hjemkomstdato: _____
Rejsemål: _____	Rejsens formål: _____
Rejsens bestillingsdato: _____	Rejsens betalingsdato: _____
Policenr.: _____	

Udfyldes ved kronisk lidelse:

Navnet på lidelsen:	Konstateret den: / år
Har der været ændringer i den medicinske behandling de seneste 2 måneder før udfyldelsen af denne attest?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> *
Har du inden for de seneste 2 måneder før udfyldelsen af denne attest været: <ul style="list-style-type: none"> - til vurdering / behandling hos læge, som ikke var led i almindelig kontrol, - til vagtlæge, - på skadestue, eller - hospitalsindlagt? 	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> *
Er der planlagt undersøgelser eller behandling?	NEJ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> *

Udfyldes ved akut sygdom, tilskadekomst eller operation:

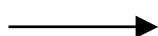
Har du inden for de seneste 2 måneder før udfyldelsen af denne attest: <ul style="list-style-type: none"> - været indlagt, - været sygemeldt, - blevet behandlet for akut sygdom (f.eks. lungebetændelse), - blevet behandlet for tilskadekomst (f.eks. forstuvning eller brud), eller - gennemgået en operation? 	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> *
--	--

* Hvis du har svaret JA til ét eller flere spørgsmål



Den læge, der har varetaget behandlingen, skal udfylde lægeerklæringen på side 2. Side 1 og 2 skal sendes til Himmerland Forsikring samtidig.

Hvis du har svaret NEJ til alle spørgsmålene



Side 1 skal sendes til Himmerland Forsikring, som derefter vil kontakte dig, hvis det er nødvendigt med yderligere oplysninger.

Det er en betingelse for tilsagn, at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med de faktiske forhold.

Dato: _____	Underskrift: _____
-------------	--------------------

Udfyldes af lægen

Deres patient ønsker et forhåndstilsagn på forsikringsdækning for sygdom / tilskadekomst i forbindelse med en forestående rejse. Patienten har et eller flere forhold, som kan betyde, at der på rejsen opstår et behandlingsbehov. For at Himmerland Forsikring i samarbejde med SOS' læger kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, bedes De udfylde nedenstående skema og returnere det til Himmerland Forsikring sammen med side 1.

Honorar for denne erklæring betales af forsikringsansøgeren.

Patientens navn:	<input type="text"/>	Patientens CPR:	<input type="text" value="-"/>
------------------	----------------------	-----------------	--------------------------------

Diagnose(r) på latin og dansk:	Konstateret den:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Komplicerende følgetilstande:

Planlagte undersøgelser, behandlinger, udredninger:

Navn på medicin / behandlingsart:	Dosis / omfang:	Behandling indledt:	Sidst ændret:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Indlæggelser (seneste 12 måneder):	Hyppeghed af evt. kontrol:	Akutte lægebesøg (seneste 12 måneder):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Skønnes det, at der er risiko for forværring af sygdommen og / eller behov for behandling på rejsen:

Vedlagt journal, epikrise eller andet:	Aktuelt er patienten sygemeldt / i arbejde / pensioneret / andet:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vurdering af almentilstanden samt kommentarer i øvrigt:

Dato:	Lægens underskrift / stempel:
<input type="text"/>	<input type="text"/>