

Til lægen: Denne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikringsselskab, hvor den forsikrede er kunde. Lægen honoreres således kun, hvis selskabet har bedt lægen om at udfylde den. Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest. Hvis selskabet eller patienten ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at patienten er til stede imens, skal patienten afgive samtykke hertil.

Navn:	
Cpr-nr:	Skadesnr./policenr.:
Attesten er udfyldt vedrørende:	

Udfyldes af den undersøgende læge		
1	Hvor længe har du været patientens læge?	Dato:
2	Hvilke symptomer har patienten og hvornår startede de?	Dato for første symptom:
	Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang?	Dato:
3	Foreligger der en diagnose på tilstanden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Er sygdommen kronisk?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hvornår blev diagnosen stillet?	Dato:
4	Har du henvist patienten til speciallæge, sygehus eller anden behandler, fx psykolog, fysioterapeut, diætist?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	a. Har du henvist patienten til billeddiagnostiske undersøgelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	b. Ved psykologhjælp: Er patienten henvist via den offentlige sygesikring?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	c. Ved behandling hos diætist:	Højde: Vægt: Angiv indikationen for behandlingen:
	d. Ved kiropraktorbehandling: Kan du anbefale kiropraktorbehandling?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade før?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Hvis JA , hvornår: Dato:
6	Skønner du, at tidligere symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?	Dato:

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v. Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.	Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:	
Dato.....Lægens underskrift.....	<table border="1"><tr><td>AXA Partners Postboks 701 2605 Brøndby Danmark</td></tr></table>	AXA Partners Postboks 701 2605 Brøndby Danmark
AXA Partners Postboks 701 2605 Brøndby Danmark		
Nøjagtig adresse (stempel):		
CPR-nr./SE-nr.:		
Bank Regnr. Kontonr.:		

ID-nr. 04.10.01.01.

Attesten er godkendt af Den Almindelige Danske Lægeforenings attestudvalg og honoreres af forsikringsselskabet straks efter indsendelse af regning på beløb svarende til den gældende takst ifølge overenskomst med Lægeforeningen. Eftertryk/efterligning ikke tilladt.