

Side 1 og 2 udfyldes af ansøgeren.

Tietgens Allé 112-114, 5230 Odense
Tlf. 63 14 44 44
post@concordia.dk

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:

Hvad fejler du?	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"/> JA <input type="checkbox"/> *
Hvis JA, hvilke undersøgelser eller behandlinger?	

* = krævede felter

Udfyldes ved akut sygdom, tilskadekomst eller operation:

Hvad fejler du?	
Hvornår blev det konstateret?	
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"/> *
Er der planlagt undersøgelser eller behandling?	NEJ <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> *
Hvis JA, hvilke undersøgelser eller behandlinger?	

* = krævede felter

***Hvis du har svaret JA til ét eller flere spørgsmål** ➔

Den læge, der har varetaget behandlingen, skal udfylde lægeerklæringen på side 3.

Side 1, 2 og 3 skal sendes til Himmerland Forsikring samtidigt.

***Hvis du har svaret NEJ til alle spørgsmålene** ➔

Side 1 og 2 skal sendes til Concordia Forsikring, som derefter kontakter 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

Din 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 du udfylde nedenstående skema og returnere det til Concordia Forsikring sammen med side 1 og 2.

Honorar for denne erklæring betales af forsikringsansøgeren.

Patientens navn:	Patientens CPR-nr.: —
------------------	-----------------------

Diagnose(r) på latin og dansk:	Konstateret den:

Komplicerede følgetilstande:

--

Planlagte undersøgelser, behandlinger, udredninger:

--

Navn på medicin/behandlingsart:	Dosis/omfang:	Behandling indledt:	Sidst ændret:

Indlæggelser (seneste 12 mdr.):	Hyppighed af evt. kontrol:	Akutte lægebesøg (seneste 12 mdr.):

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:

Vurdering af almentilstanden samt kommentarer i øvrigt:

--

Dato:	Lægens underskrift/stempel: