

FP 100 Helbredsattest

CODAN

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv.

Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten udfyldes af kundens alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Adresse: _____ Postnr.: _____ By: _____

Til forsikringsøgende:

- Du skal selv henvende dig til din alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge for at få udfyldt denne attest. Husk at oplyse lægen om, at du skal have udfyldt FP 100.
- Du skal selv gennemlæse svarene og underskrive attesten for at bekræfte, at alle helbredsforhold er med. Du er selv ansvarlig for, at attesten bliver udfyldt korrekt.
- Vær opmærksom på, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige, eller fortælse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

Til lægen:

- Attesten er en generel attest, og du bedes derfor besvare alle spørgsmål. I dette tilfælde ønskes der nærmere oplysninger om: _____

AFSNIT I: LÆGENS OPLYSNINGER

1		Nej Ja	
a Er du forsikringsøgendes sædvanligt benyttede alment praktiserende læge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis JA, siden hvornår? _____ (mdr./år)
b Kender du forsikringsøgende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis NEJ, hvordan er identiteten fastslået? _____

AFSNIT II: LÆGENS SPØRGSMÅL TIL FORSIKRINGSSØGENDE MED PATIENTOPTEGNELSER.

- 1 Patienten udspørges om tidligere og nuværende sygdomme, undersøgelser, behandlinger, forbrug af medicin, alkohol, tobak og stimulerende midler. Relevante patientoptegnelser, fx lægebrev, udskrivningsbrev, laboratoriesvar, bedes vedlagt.
- 2 Selskabet må ikke anmode om, indhente eller modtage og bruge oplysninger om andre personers, f.eks. slægtnings, aktuelle eller tidligere helbredstilstand ved forsikrings- og pensionstegning.
- 3 Der må **ikke oplyses om resultatet af gentests**, udført for at belyse den forsikringsøgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (**prædiktive genetiske tests**).
- 4 Vær opmærksom på konsekvensen for patienten, såfremt der er afgivet mangelfulde oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens bestemmelser (se ovenfor).

1	Har den forsikringsøgende eller har den forsikringsøgende haft:		Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.
a <u>Infektionssygdomme</u> (undtagen alm. forkølelsetilfælde), fx hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, tropesygdomme, malaria, HIV/AIDS?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.			
b <u>Godartede eller ondartede tumorer/svulster</u> , fx kræft (cancer), forstadier til kræft (celleforandringer), blod- og lymfekræft, polypper, cyster og/eller andre godartede svulster?	Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.

<p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
<p>c <u>Blodsygdomme</u>, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
<p>d <u>Stofskiftesygdomme</u>, fx sukkersyge (herunder forhøjet blodsukker og graviditetsdiabetes), struma eller forstyrrelser i stofskiftet og forhøjet kolesterol i blodet?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p><i>NB: Ved stofskiftesygdomme (inkl. dyslipidæmi) angives kontrolværdier og evt. behandling.</i></p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
<p>e <u>Psykiske sygdomme</u>, fx depression, nervøsitet, angst, stress, krisereaktion mv.?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>Har der været suicidale tendenser eller forgiftningstilfælde?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
<p>f <u>Sygdomme i nervesystemet (inkl. øjen- og øresygdomme)</u> fx hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, kramper eller besvimelser, lammelser eller bevægeforstyrrelser, hjerneblødning, blodprop, føleforstyrrelser, herunder multipel sklerose?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
<p>g <u>Hjerte-, kredsløbs- eller karsygdomme</u> fx forhøjet blodtryk, angina pectoris, hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme, blodprop, hjerte- eller hjerteklapfejl, åreknuder eller årebetændelser, blodprop i ben, vindueskiggersyndrom (claudicatio intermittens)?</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p><i>NB: Ved forhøjet blodtryk angives initialt blodtryksniveau, aktuel behandling og behandlingsperiode.</i></p>		

Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.

<p>h <u>Lunge- eller luftvejssygdomme</u> fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis, rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, emfysem og sarkoidose?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>i <u>Fordøjelsessygdomme (mave, tarme, lever, galde og bugspytkirtel)</u>, fx sårdannelser (ulcus) eller blødninger, mavekatar, spiserørsgener eller reflux, fordøjelsesbesvær (nervøs tyktarm, cøliaki eller allergi), tyk- eller tyndtarmsbetændelse, tarmslyng, polypper, gulsot eller leverbetændelse, galdesten, fedtlever (steatose), påvirkede levertal (blodprøver), bugspytkirtelbetændelse?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>j <u>Hudsygdomme</u>, fx eksem (inkl. allergi), hudkræft, psoriasis, betændelsestilstande (inkl. bylder), blæreudslæt og kønssygdomme?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser (inkl. histologisvar), bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>k <u>Sygdomme i eller gener fra nakke, ryg eller lænd</u>, fx myoser, iskias, diskusprolaps, lumbago, whiplash, sygdomme i rygsøjlen, rygsækævhed?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>l <u>Sygdomme i led, sener, knogler og bindevæv</u>, fx sene- og ledbåndsskader, slidgigt, gigt (reumatologiske sygdomme), fibromyalgi, osteoporose, hypermobilitet og bækkenløsning?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>m <u>Nyre- og urinvejssygdomme samt gynækologiske sygdomme (inklusive graviditetskomplikationer)</u>, fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>

	<p>eller bakterier i urinen, fjernelse af nyre, misdannelser eller cyster, kvindelige gynækologiske problemer og mandlige urinvejsproblemer (inkl. prostata)?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>		
	<p>n Andre sygdomme end de ovennævnte bortset fra ukomplicerede børnesygdomme, almindelige kortvarige og ikke tilbagevendende infektionssygdomme samt komplikationer til kosmetiske behandlinger?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Oplys om: Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.</p>
<p>2</p>	<p>Er forsikrings søgende nogensinde kommet til skade?</p> <p>Hvis JA, er der følger?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvornår? _____ <small>Måned/år</small></p> <p>Hvori bestod skaden? _____</p> <p>Hvis JA, hvilke symptomer og evt. mén-procent? _____</p>
<p>3</p>	<p>Har der været længerevarende sygemelding/uarbejdsdygtighed (mere end én måned)?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>I hvilke perioder? _____ <small>Måned/år</small></p> <p>Af hvilken årsag? _____</p>
<p>4</p>	<p>Har forsikrings søgende ud over det oplyste været i længerevarende (mere end én måned) eller tilbagevendende medicinsk behandling, herunder med beroligende eller smertestillende medicin?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>Af hvilken årsag? _____</p> <p>I hvilke perioder? _____ <small>Måned/år</small></p> <p>Aktuelt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p>
<p>5</p>	<p>Anvender eller har forsikrings søgende anvendt euforiserende midler (fx heroin, speed, kokain, ecstasy og LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre stimulerende eller beroligende midler?</p> <p>Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt.</p>	<p>Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA:</p> <p>I hvilke perioder (måned/år)? _____</p> <p>Aktuelt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/></p> <p>Hvilke præparater/stoffer? _____</p> <p>Er der følger? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilke? _____</p>

6	a Drikker forsikringsøgende øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____
	b Har forsikringsøgende tidligere haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Antal genstande i gennemsnit pr. uge? _____ I hvilke perioder? _____ <div style="text-align: right;">Måned/år</div>
	c Har forsikringsøgende nogensinde modtaget behandling eller rådgivning for et overforbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: I hvilke perioder? _____ <div style="text-align: right;">Måned/år</div> Aktuelt? Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Hvilken behandling/rådgivning? _____ Med hvilken effekt? _____ _____
7	a Ryger forsikringsøgende?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Hvor stort et dagligt forbrug? _____ <div style="text-align: right;">(antal cigaretter, cigarer, pibestop)</div>
	b Har forsikringsøgende tidligere røget?	Nej <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Hvis JA: I hvilke perioder (måned/år)? _____ Hvor stort et dagligt forbrug? _____ <div style="text-align: right;">(antal cigaretter, cigarer, pibestop)</div>
Jeg har gennemlæst besvarelsenerne og erklærer hermed, at ovenstående oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og intet er fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan ophæves eller dækningen kan blive nedsat, hvis oplysningerne er ufuldstændige, forkerte, eller hvis fortielse har fundet sted.			
_____ _____ Dato		_____ _____ Forsikringsøgendes underskrift	
		_____ CPR-nr.	

AFSNIT III: LÆGENS UNDERSØGELSE

1 Forsikringssøgendes højde og vægt.

Højde (uden sko): _____ cm.

Vægt (uden overtøj): _____ kg.

2 Kan der påvises noget abnormt ved?

Nej Ja

Hvis JA, udbedes en nærmere beskrivelse.

a Hoved, mundhule, svælg, hals?

b Øjne, inkl. synsfunktion med bedste korrektion?

Synsstyrke (m. korr.) hø.: _____ Ve.: _____

c Ører, inkl. hørefunktion med bedste korrektion?

Hørefunktion (m. korr.): _____

Hørefunktionen kan måles med hviske- og talestemme i fire meters afstand

d Brystkasse, inkl. deformiteter og bevægelighed?

e Lunger, inkl. stetoskop?

Ved lungesygdom, herunder astma og bronkitis-symptomer, udbedes tre peakflow målinger (evt. en spirometri).

Peakflowmålinger (LFU) ved lungesygdom:

Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:

f Hjerte og kar, inkl. stetoskopi, puls og blodtryk?

Der foretages tre blodtryksmålinger med mindst ét minuts mellemrum efter, at forsikringssøgende har haft mindst fem minutters hvile.

Puls Blodtryk

		Måling 1:	Måling 2:	Måling 3:
Rytme:	Systolisk			
Frekvens:	Diastolisk			

Ved nyopdaget forhøjet BT:

Er der iværksat yderligere udredning/behandling?

Hvilken? _____

g Underlivet (abdomen), fx udfyldning, organsvulst, ømhed, ar?

Der ønskes ikke gynækologisk eller rektal undersøgelse.

h Rygsøjle, inkl. abnorme krumninger?

i Arme, ben og led, fx åreknuder, ødemer, perifere pulsforhold, tegn på bestående eller overstået årebetændelse, muskelsvind?

j Hud og lymfekirtler (hals, armhule, lyske)?

k Ydre kønsorganer, inkl. palpation af bryster?

	I Undersøgelse af nervesystemet, fx lammelser, rysten, reflekser, føleforstyrrelser? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							
3	Undersøgelse af urinen ved stix.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Protein</td> <td style="width: 33%;">Sukker</td> <td style="width: 33%;">Blod</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Ved positiv reaktion skal resultatet af evt. umiddelbart efterfølgende kontrolundersøgelse anføres nedenfor.</p> Kontrol dato: _____	Protein	Sukker	Blod			
Protein	Sukker	Blod						
	Ved nyopdagede positive fund: Nej Ja Er der iværksat yderligere udredning/behandling? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Resultat: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Protein</td> <td style="width: 33%;">Sukker</td> <td style="width: 33%;">Blod</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> Hvis JA: Hvilken? _____	Protein	Sukker	Blod			
Protein	Sukker	Blod						
4	Tyder udseende eller fremtræden på nogen svagelighed eller sygelighed, herunder psykisk lidelse? Nej Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA: Hvordan? _____ _____						
5	Anser du forsikrings søgende for: Ja Nej Rask (uden sygdomssymptomer)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fuldt arbejdsdygtig? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ: Hvorfor ikke? _____ Hvorfor ikke? _____						
	Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten: _____ Dato Lægens underskrift Nøjagtig adresse (stempel): Betaling kan ske til NemKonto for det angivne CPR-/CVR-/SE-nr. CPR-/CVR-/SE-nummer: _____ Giro/Bank reg.nr og kon- tonr.: _____	Attesten sendes i en lukket kuvert mærket HELBREDSATTEST til: Codan Forsikring A/S Gammel Kongevej 60 1790 København V Att.: Sundhed Kundesupport FORTROLIGT						