**Navn:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **CPR-nr.:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Stilling:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Postnr.:** \_\_\_\_\_\_ **By:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Til forsikringssøgende:**

* 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 fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves.

**Til lægen (udfyldes af selskabet):**

* Spørgsmålene i attestens afsnit II bedes besvaret for en periode på *[10]* år forud for d.d.
* Attesten er en generel attest, og du skal derfor udfylde hele attesten.
* Ved udfyldelse ønsker selskabet, at du har særligt fokus på: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AFSNIT I: LÆGENS OPLYSNINGER** | | | |
| **1** | a Er du forsikringssøgendes sædvanligt benyttede alment praktiserende læge?  b Kender du forsikringssøgende? | Nej Ja  🞎 🞎  🞎 🞎 | Hvis JA, siden hvornår?\_\_\_\_\_\_\_\_\_(mdr./år)  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 lægebreve, udskrivningsbreve, laboratoriesvar, bedes vedlagt.  **2** Du bedes være opmærksom på, at følgende oplysninger ikke må videregives til selskabet/pensionskassen:   * Oplysninger om andre personers, f.eks. slægtninges, aktuelle eller tidligere helbredstilstand. * Oplysninger om resultatet af gentests, som er udført for at belyse den forsikringssøgendes fremtidige risiko for at få nogle bestemte sygdomme (prædiktive genetiske tests). * Oplysninger om deltagelse i samt resultatet af forebyggende undersøgelser. Dog må der oplyses om resultatet af sådanne undersøgelser, hvis disse viser aktuelle tegn på sygdom, eller disse vedrører sygdomme, som forsikringssøgende tidligere har haft, eller som allerede er i udbrud.   3 Vær opmærksom på konsekvensen for patienten, såfremt der er afgivet mangelfulde oplysninger, jf. forsikringsaftalelovens bestemmelser (se ovenfor). | | | |
| **1** | **Har den forsikringssøgende eller har den forsikringssøgende inden for de seneste *[10]* år haft:** |  | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | a Infektionssygdomme (undtagen alm. forkølelsestilfælde), fx hjernehindebetændelse (meningitis), gigtfeber, tropesygdomme, malaria, HIV/AIDS?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 |  |
|  | b Godartede eller ondartede tumorer/svul­ster, fx kræft (cancer), forstadier til kræft (celleforandringer), blod- og lymfekræft, polypper, cyster og/eller andre godartede svulster?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | c Blodsygdomme, fx blodmangel, knoglemarvssygdomme, koagulations- og immunologiske defekter og miltsygdomme?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | d Stofskiftesygdomme, fx sukkersyge, forhøjet blodsukker, struma eller forstyrrelser i stofskiftet og forhøjet kolesterol i blodet?  *NB: Ved stofskiftesygdomme (inkl. dyslipidæmi) angives kontrolværdier og evt. behandling.*  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | e Psykiske sygdomme, fx depression, nervøsitet, angst, stress, krisereaktion mv.?  Har der været suicidale tendenser eller forgiftningstilfælde?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | f Sygdomme i nervesystemet (inkl. øjen- og øresygdomme) fx hovedpine eller migræne, svimmelhed, epilepsi, kramper eller besvimelser, lammelser eller bevægeforstyrrelser, hjerneblødning, blodprop, føleforstyrrelser, herunder multipel sklerose?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | g Hjerte-, kredsløbs- eller karsygdomme fx forhøjet blodtryk, angina pectoris, hjertebanken eller uregelmæssig hjerterytme, blodprop, hjerte- eller hjerteklapfejl, åreknuder eller årebetændelser, blodprop i ben, vindueskiggersyndrom (claudicatio intermittens)?  *NB: Ved forhøjet blodtryk angives initialt blodtryksniveau, aktuel behandling og behandlingsperiode.*  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | h Lunge- eller luftvejssygdomme fx astma, høfeber eller allergi, bronkitis, rygerlunger (KOL), tuberkulose, blodprop i lungen, lungeinfektioner, støvlunger, emfysem og sarkoidose?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | i Fordøjelsessygdomme (mave, tarme, lever, galde og bugspytkirtel), 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?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | j Hudsygdomme, fx eksem (inkl. allergi), hudkræft, psoriasis, betændelsestilstande (inkl. bylder), blæreudslæt og kønssygdomme?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser (inkl. histologisvar), bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | k Sygdomme i eller gener fra nakke, ryg eller lænd, fx myoser, iskias, diskusprolaps, lumbago, whiplash, sygdomme i rygsøjlen, rygskævhed?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | l Sygdomme i led, sener, knogler og bindevæv, fx sene- og ledbåndsskader, slidgigt, gigt (reumatologiske sygdomme), fibromyalgi, osteoporose, hypermobilitet og bækkenløsning?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | m Nyre- og urinvejssygdomme samt gynækologiske sygdomme, fx nyre- eller blærebetændelse, nyre- eller blæresten, blod, protein eller bakterier i urinen, fjernelse af nyre, misdannelser eller cyster, kvindelige gynækologiske problemer og mandlige urinvejsproblemer (inkl. prostata)?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
|  | n Andre sygdomme end de ovennævnte bortset fra ukomplicerede børnesygdomme, almindelige kortvarige og ikke tilbagevendende infektionssygdomme samt ukomplicerede kosmetiske behandlinger?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎 | Oplys om: **Diagnose, symptomdebut, diagnosetidspunkt, forløb og nuværende symptomer.** |
| **2** | Er forsikringssøgende kommet til skade inden for de seneste *[10]* år?  Hvis JA, er der følger?  Supplerende patientoptegnelser, herunder resultatet af parakliniske undersøgelser, bedes vedlagt. | Nej Ja  🞎 🞎  🞎 🞎 | Hvis JA, hvornår?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Måned/år  Hvori bestod skaden?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis JA, hvilke symptomer og evt. mén-procent?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3** | Har der inden for de seneste *[10]* år været længerevarende sygemelding/uarbejds-dygtighed (mere end én måned)? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  I hvilke perioder?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Måned/år  Af hvilken årsag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4** | Har forsikringssøgende ud over det oplyste været i længerevarende (mere end én måned) eller tilbagevendende medicinsk behandling, herunder med beroligende eller smertestillende medicin, inden for de seneste *[10]* år? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  Af hvilken årsag?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  I hvilke perioder? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Måned/år  Aktuelt? Nej 🞎 Ja 🞎 |
| **5** | Anvender eller har forsikringssøgende inden for de seneste *[10]* år anvendt euforiserende midler (fx heroin, speed, kokain, ecstacy og LSD), hash, organiske opløsningsmidler, anabole stoffer eller andre stimulerende eller beroligende midler? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  I hvilke perioder (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Aktuelt? Nej 🞎 Ja 🞎  Hvilke præparater/stoffer?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Er der følger? Nej 🞎 Ja 🞎 Hvilke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **6** | a Drikker forsikringssøgende øl, vin, hedvin eller spiritus? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  Antal genstande i gennemsnit pr. uge?\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | b Har forsikringssøgende inden for de seneste *[10]* år haft et større forbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  Antal genstande i gennemsnit pr. uge?\_\_\_\_\_\_\_\_\_  I hvilke perioder?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Måned/år |
|  | c Har forsikringssøgende inden for de seneste *[10]* år modtaget behandling eller rådgivning for et overforbrug af øl, vin, hedvin eller spiritus? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  I hvilke perioder?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Måned/år  Aktuelt? Nej 🞎 Ja 🞎  Hvilken behandling/rådgivning?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Med hvilken effekt?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **7** | a Ryger forsikringssøgende? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  Hvor stort et dagligt forbrug?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (antal cigaretter, cigarer, pibestop) |
|  | b Har forsikringssøgende røget inden for de seneste *[10]* år? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  I hvilke perioder (måned/år)?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvor stort et dagligt forbrug?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (antal cigaretter, cigarer, pibestop) |
| Jeg har gennemlæst besvarelserne 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 **Forsikringssøgendes underskrift** CPR-nr. | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AFSNIT III: LÆGENS UNDERSØGELSE** | | | |
| **1** | Forsikringssøgendes højde og vægt. |  | Højde (uden sko):\_\_\_\_\_\_\_\_cm.  Vægt (uden overtøj):\_\_\_\_\_\_\_\_\_kg.  Taljemål (ved navlen): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cm. |
| **2** | Kan der påvises noget abnormt ved?  a Hoved, mundhule, svælg, hals? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA, udbedes en nærmere beskrivelse. |
|  | b Øjne, inkl. synsfunktion med bedste korrektion? | 🞎 🞎 | Synsstyrke (m. korr.) hø.:\_\_\_\_\_\_ Ve.:\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | c Ører, inkl. hørefunktion med bedste korrektion?  Hørefunktionen kan måles med hviske- og talestemme i fire meters afstand | 🞎 🞎 | Hørefunktion (m. korr.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | d Brystkasse, inkl. deformiteter og bevægelighed? | 🞎 🞎 |  |
|  | e Lunger, inkl. stetoskop?  Ved lungesygdom, herunder astma og bronkitissymptomer, 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.  Ved nyopdaget forhøjet BT:  Er der iværksat yderligere udredning/behand­ling? | 🞎 🞎  🞎 🞎 | Puls Blodtryk   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | Måling 1: | Måling 2: | Måling 3: | | Rytme:  \_\_\_\_\_\_ | Systolisk |  |  |  | | Frekvens:  \_\_\_\_\_\_ | Diastolisk |  |  |  |   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? | 🞎 🞎 |  |
|  | l Undersøgelse af nervesystemet, fx lammelser, rysten, reflekser, føleforstyrrelser? | 🞎 🞎 |  |
| **3** | Undersøgelse af urinen ved stix.  Ved nyopdagede positive fund:  Er der iværksat yderligere udredning/be­hand­ling? | Nej Ja  🞎 🞎 | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Protein | Sukker | Blod | |  |  |  |   Ved positiv reaktion skal resultatet af evt. umiddelbart efterfølgende kontrolundersøgelse anføres nedenfor.  Kontroldato:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resultat:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Protein | Sukker | Blod | |  |  |  |   Hvis JA:  Hvilken?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4** | Tyder udseende eller fremtræden på nogen svagelighed eller sygelighed, herunder psykisk lidelse? | Nej Ja  🞎 🞎 | Hvis JA:  Hvordan?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **5** | Anser du forsikringssøgende for:  Rask (uden sygdomssymptomer)?  Fuldt arbejdsdygtig? | Ja Nej  🞎 🞎  🞎 🞎 | 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): | | Attesten sendes i en lukket kuvert mærket HELBREDSATTEST til: |

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftale mellem F&P og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.01.01.04