|  |
| --- |
| Forsikringssøgendes navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Til forsikringssøgende**   * I forbindelse med de afgivne helbredsoplysninger skal du henvende dig til en læge og få udfyldt denne attest. * Husk at oplyse lægen om, hvilken attest der skal udfyldes. |

|  |
| --- |
| **Til den undersøgende læge**   * I forbindelse med patientens køb af forsikring ønskes supplerende, aktuelle oplysninger af hensyn til selskabets vurdering af den helbredsmæssige risiko. Det er vigtigt for denne vurdering, at attesten udfyldes på baggrund af **aktuelle** målinger og undersøgelser. * Der skal foretages blodtryksmålinger, undersøgelse af morgen- eller spoturin ved stix samt måling af højde, vægt og talje. * Derudover skal der udtages en blodprøve med henblik på lipidmålinger. Blodprøven skal sendes til det nærmeste laboratorium med påtegning om, hvilket selskab regningen skal sendes til. Resultatet af blodprøven skal anføres i spørgsmål 4a. Hvis det ikke er muligt at sende blodprøven til et laboratorium, kan du se bort herfra og i stedet besvare spørgsmål 4b. * Desuden besvares nedenstående spørgsmål både på basis af dit kendskab til og udspørgen af patienten. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Udfyldes af den undersøgende læge** | | | |
| **1** | **a)** Er du patientens alment praktiserende læge?  **b)** Hvis **NEJ** til a):  Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  **c)** Hvis **NEJ** til a og b):  Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse? | **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎 | Hvis **JA**, hvilken?  ………………………………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………….  Hvis **NEJ**, hvilken?  ………………………………………………………………………………………….  …………………………………………………………………………………………. |
| **2** | **a)** Der udbedes 3 blodtryksmålinger med mindst 1 minuts mellemrum  *Hvis der er forhøjede værdier i a) bedes du besvare følgende spørgsmål.*  **b)** Vurderer du, at der er tale om nyopdaget hypertension?  **c)** Vurderer du, at der er tale om kendt dysreguleret hypertension?  **d)** Vurderer du, at der er tale om en anden årsag?  **e)** Er der iværksat yderligere udredning eller behandling? | **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎 | *Det forudsættes, at patienten har haft mindst 5 minutters hvile.*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Måling 1 | Måling 2 | Måling 3 | | Systolisk BT |  |  |  | | Diastolisk BT |  |  |  |   Hvis **JA**; beskriv: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **NEJ**; hvorfor ikke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **3** | **a)** Der udbedes en undersøgelse af morgen- eller spoturin ved stix  *Hvis der positiv reaktion i a) bedes du besvare følgende spørgsmål.*  **b)** Hvad vurderer du er årsagen?  **c)** Er der iværksat yderligere udredning eller behandling?  **d)** I de tilfælde, hvor det er relevant med en efterfølgende kontrolundersøgelse, bedes du anfører resultatet her | **NEJ JA**  🞎🞎 | *Stix-prøver gradueres 0, +, ++, +++ eller ved absolutte tal*   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Protein | Sukker | Blod | | Resultat |  |  |  |   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **JA**; hvilken? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **NEJ**; hvorfor ikke? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Protein | Sukker | Blod | | Resultat |  |  |  |   Kontrolundersøgelsen er foretaget den: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **4** | **a)** Der udbedes lipidmålinger  *Blodprøven skal sendes til det nærmeste laboratorium med påtegning om, hvilket selskab regningen skal sendes til. Resultatet af blodprøven skal anføres i tabellen.*  *Hvis det ikke er muligt at sende blodprøven til et laboratorium, kan du se bort herfra og i stedet besvare spørgsmål 4b.*  **b)** Hvis a) ikke kan besvares, bedes anført resultatet af de seneste foretagne målinger, som fremgår af journalen  Hvis hverken a) eller b) kan besvares, bedes du besvare spørgsmål 4c  **c)** Der foreligger ingen tidligere målinger ved gennemgang af journalen? | **NEJ JA**  🞎🞎 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |   Blodprøven er taget den: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **5** | **a)** Patienten bedes målt og vejet |  | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Højde i cm  (uden sko) | Vægt i kg  (almindeligt tøj) | Taljemål i cm  (ved navlen) | |  |  |  | |
| **6** | Supplerende spørgsmål til målingerne  **a)** Har patienten fået påvist arteriosklerotisk sygdom?  **b)** Er patienten aktuelt i AK-behandling?  **c)** Har patienten fået påvist diabetes?  **d)** Er patienten aktuelt i blodtrykssænkende behandling?  **e)** Er patienten aktuelt i lipidsænkende behandling?  **f)** Anfør venligst de initiale værdier før eventuel behandling  **g)** Anfør venligst det seneste års kontrolværdier for lipiderne i behandling | **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎 | Hvis **JA**; hvornår (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvilken? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **JA**; siden hvornår (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **JA**; hvornår (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvilken type?  🞎 DM Type 1 🞎 DM Type 2 🞎 Anden: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvad er den aktuelle HbA1c-værdi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (angiv måleenhed)  Hvis **JA**; siden hvornår (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Med hvilke præparater? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvis **JA**; siden hvornår (måned/år)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hvilken type behandling?  🞎 Diæt alene 🞎 Lægemidler og diæt   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dato | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dato | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| 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):** | | | |

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser. 04.02.17.05