

Lægeerklæring

Afbestilling af rejse

Til egen læge!

SOS International a/s skal vurdere, om der er årsagssammenhæng mellem lidelsen og det, der forårsagede den, samt om forudbestående lidelser kan have sammenhæng med den pådragne lidelse og patientens gener. Det er derfor vigtigt, at vi får kendskab til alle symptomer og tilstande, der kan have betydning.

Udfyldes af patienten	Patientens navn: _____	CPR-nr.: _____
	Afrejsedato (hvis patienten skulle deltage på rejsen): _____	
Udfyldes af patientens egen læge	Hvilken sygdom / tilskadekomst drejer det sig om? Angiv nøjagtig diagnose på dansk og latin:	
	Dansk: _____	
	Latin: _____	
	Hvornår fik patienten denne sygdom / skade?	Dato: _____ / _____ år _____
	Tid og sted for første konsultation vedrørende den aktuelle sygdom / skade:	
	Dato: _____ / _____ år _____	Sted: _____
	Hvornår påbegyndte De udredning, der relaterer sig til patientens gener?	Dato: _____ / _____ år _____
	Hvornår fik patienten de første symptomer?	Dato: _____ / _____ år _____
	<u>Kun relevant, hvis patienten skal rejse:</u> Skønner du, at lidelsen / almentilstanden er en hindring for at rejse?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Hvis ja, hvorfor? _____	
	Har patienten tidligere lidt af samme sygdom / symptomer?	
	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____	
<u>Ved kronisk lidelse:</u> Er der indtrådt en akut uventet forværring?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____		
Er patienten blevet henvist til speciallæge, hospital eller andet?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja, hvornår? _____ / _____ år _____		
Hvortil? _____		
Bemærkninger (særlige forhold, der bør inddrages i sagens behandling):		

Denne attest er udfærdiget af undertegnede i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse.		
Lægens underskrift: _____ Dato: _____		
Stempel: _____ Lægens CVR-nr./SE-nr.: _____		

**Sendes sammen med lægeerklæringen og samtykkeerklæringen til:
SOS International a/s, Nitivej 6, 2000 Frederiksberg, tlf. +45 38 48 86 42**