

# Läkarintyg

## Avbeställningsskydd

Ifylles av patienten	Patientens namn: _____	Personnr: _____
	Adress: _____	
	Postnr och ort: _____	
Ifylles av läkaren	Vilken sjukdom/skada rör det sig om? Ange exakt diagnos på svenska och latin:	
	Svenska: _____	
	Latin: _____	
	När fick patienten denna sjukdom/skada? _____	Datum: _____ / _____ år _____
	Tid och plats för första konsultation beträffande den aktuella sjukdomen/skadan:	
	Datum: _____ / _____ år _____ Plats: _____	
	Är din uppfattning att resan kommer att förvärra sjukdomen eller skadan väsentligt eller för övrigt skada patientens hälsa?	
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Om ja, motivering: _____	
	Är din uppfattning att patientens allmänna tillstånd är på ett sådant sätt att det förhindrar en resa?	
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, motivering: _____		
Har patienten tidigare lidit av samma sjukdom eller skada?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, när? _____ / _____ år _____		
Vid kronisk sjukdom: Har det inträtt en akut oväntad förvärring?		
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, när? _____ / _____ år _____		
När, enligt din uppfattning, är tillståndet stabilt? Cirka om: _____		
Kommentarer (särskilda förhållanden som bör tas med i ärendets behandling):		
_____ _____ _____		
Ev. kan det bifogas relevanta utskrivningsbrev och undersökningsresultat m.m. Denna attest är utfärdad av undertecknade i överensstämmelse med mina anteckningar, min kännedom till patienten och min undersökning.		
Läkarens underskrift: _____ Datum: _____		
Stämpel: _____ Läkarens personnr./org.nr: _____		

Anmälan skickas till: [claims@sos.eu](mailto:claims@sos.eu)