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

|  |
| --- |
| **Til den 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. * Du skal forud for besøget hos lægen besvare spørgsmålene nedenfor. * Vær opmærksom på, at hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted, kan forsikringen ifølge forsikringsaftaleloven nedsættes eller ophæves. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Udfyldes af den forsikringssøgende** | | |
|  | **Nej Ja** | Hvis **JA**: |
| Ryger du? | 🞏 🞏 | Hvor stort et dagligt forbrug? ................................................  antal cigaretter, cigarer, pibestop / dag |
| Hvis ikke; har du røget inden for de seneste *[10]* år? | 🞏 🞏 | Hvornår ophørte du? ............................................................  måned / år  Hvor stort var det daglige forbrug? ........................................  antal cigaretter, cigarer, pibestop / dag |

Jeg erklærer hermed, at mine besvarelser og oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er klar over, at forsikringen kan nedsættes eller ophæves, hvis svarene ikke er fuldt sandfærdige eller fortielse har fundet sted.

……………… ………………………………………

dato Forsikringssøgendes underskrift

|  |
| --- |
| **Til den undersøgende læge** |
| * I forbindelse med patientens køb af forsikring ønskes supplerende 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 og højde og vægtmåling. Derudover skal der udtages en blodprøve, som sendes til nærmeste laboratorium med påtegning om, hvilket selskab regningen skal sendes til. * Desuden besvares nedenstående spørgsmål både på basis af lægens 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?  …………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………… |
| **2** | **a** Der udbedes 3 blodtryksmålinger med mindst 1 minuts mellemrum.  *Det forudsættes, at patienten har haft mindst 5 minutters hvil.*  **b Ved nyopdaget/dysreguleret hypertension:** Er der iværksat yderligere udredning eller behandling? | **NEJ JA**  🞎🞎 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Systolisk BT |  |  |  | | Diastolisk BT |  |  |  |   Hvis **JA**:  Hvilken?.....................................................................................  Hvis **NEJ**:  Hvorfor ikke?.............................................................................. |
| **3** | **a** Der udbedes en undersøgelse af morgen eller spoturin ved stix.  *Stix-prøver gradueres: 0, +, ++, +++ eller ved absolutte tal.*  Ved **positiv reaktion** bedes spørgsmål b og c besvaret  **b** Resultatet af eventuel efterfølgende kontrolundersøgelse anføres  **c** Er der iværksat yderligere udredning eller behandling? | **NEJ JA**  🞎🞎 | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Protein | Sukker | Blod | | Dagurin |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Protein | Sukker | Blod | | Resultat |  |  |  |     Kontrolundersøgelsen er udført (dato): …………………  Hvis **JA**:  Hvilken?.....................................................................................  Hvis **NEJ**?  Hvorfor ikke?............................................................................. |
| **4** | Patienten bedes målt og vejet |  | Højde uden sko: ………………. Vægt i alm. tøj: ………………  cm kg |
| **5** | Der udbedes følgende lipidmålinger |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  | |
| **6** | **a** Har patienten fået påvist arteriosklerotisk sygdom?  **b** Er patienten aktuelt i AK-be­hand­ling?  **c** Har patienten fået påvist diabetes? | **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎 | Hvis **JA**:  Hvornår (måned/år)?..................................................................  Hvilken?.....................................................................................  Hvis **JA**, hvilken?  **🞏** DM type 1 (insulinbehandlet)  **🞏** DM type 2  **🞏** Anden type: ……………………………………………………….  Hvornår (måned/år)?.................................................................  Hvad er den aktuelle HbA1c-værdi? ……….………………................  angiv måleenhed |
| **7** | Er patienten aktuelt i behandling med blodtrykssænkende medicin? | **NEJ JA**  🞎🞎 | Hvis **JA**:  Siden hvornår (måned/år)?........................................................  Hvilke præparater?....................................................................  ……………………………………………………………………….. |
| **8** | Er patienten aktuelt i lipidsænkende behandling med:  **a** Diæt alene?  **b** Lægemidler og diæt? | **NEJ JA**  🞎🞎  **NEJ JA**  🞎🞎 | Hvis **JA**:  Siden hvornår (måned/år)?........................................................  Hvis **JA**:  Siden hvornår (måned/år)?.........................................................  Anfør initiale værdier før eventuel behandling:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dato | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |  |   Anfør det seneste års kontrolværdier for lipiderne i behandling:   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Dato | S-Kolesterol | S-LDL | S-HDL | S-triglycerid | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   *NB: Laboratorieskema* ***kan*** *vedlægges i kopi* |

|  |  |
| --- | --- |
| 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 lukket kuvert mærket BLODTRYKS- OG LIPIDATTEST til:  **Selskab**  Adresse  Adresse |

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.

04.02.17.04