



Lægeerklæring

Ved afbestilling som følge af sygdom skal patienten og dennes læge hurtigst muligt udfylde lægeerklæringen nedenfor og sende den til Slopetrotter Skitours.

Navn		Adresse	
Postnr.	By	Telefon, mobil	Telefon, privat

I forbindelse med den anmeldte skade giver jeg hermed samtykke til, at Slopetrotter Skitours kan indhente oplysninger om mine helbredsforhold hos autoriserede sundhedspersoner, hospitaler, sundhedsmæssige institutioner, offentlige instanser, forsikringsselskaber, ankenævnet for forsikring mv. Samtykket omfatter kun den i skadeanmeldelsen beskrevne diagnose/skade.

Jeg erklærer samtidig på tro og love, at mine oplysninger er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet.

Jeg er indforstået med, at opgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at jeg selv kommer til at afholde skadesomkostningerne, og at forsikringen opsiges.

Du bedes underskrive samtykke- og tro og love erklæringen inden indsendelsen af din skadesanmeldelse.

.....
Sikredes underskrift

.....
Dato

Udfyldes af læge

Patientens navn	CPR-nr.		
Diagnose			
Er patientens sygdom opstået akut?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Ved akut sygdom forstås en nyopstået sygdom eller begrundet mistanke om en alvorlig nyopstået sygdom.

Hvis nej, se venligst under 'Kronisk lidelse'.

Akut sygdom

Hvornår fik patienten symptomer på denne sygdom?	Dato for 1. konsultation		
Var sygdommen erkendt, da rejsen blev bestilt?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>

Kronisk lidelse

Hvornår fik patienten denne sygdom?	Dato			
Er der sket en akut forværring?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvornår?

Hvornår besluttede lægen at fraråde rejsen?
Evt. bemærkninger

Lægens navn		Adresse	
Postnr.	By	Telefon-nr.	SE-nr.

Er du patientens læge?

Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Hvis nej, hvem er patientens læge?
----	--------------------------	-----	--------------------------	------------------------------------

Honorar for udfærdigelse af lægeerklæringen betales af patienten.

.....
Lægens underskrift