

# Läkarintyg vid avbeställning



## Till patienten

Försäkringsnummer: \_\_\_\_\_ Researrangör: \_\_\_\_\_

Gäller intyget den person som är försäkrad genom Gouda?  Ja  Nej

## Till läkaren

Till följd av Er patients sjukdom/olycka riktas ersättningskrav mot Gouda reseförsäkring i enlighet med tecknad avbeställningsförsäkring för planerad resa. Vi ber Er därför vänligen att utförligt fylla i detta intyg.

Patientens namn: \_\_\_\_\_

Personnummer: \_\_\_\_\_

Adress: \_\_\_\_\_

Postnummer: \_\_\_\_\_ Postadress: \_\_\_\_\_

### 1. Beskriv patientens besvär.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. När uppkom besvären som orsakat avbeställningen? År/Månad/Dag \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

3. När skedde första läkarkontakten? År/Månad/Dag \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Vårdinrättning: \_\_\_\_\_

### 4. Ange ställd diagnos.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 5. Ange den behandling Ni ordinerat för sjukdomens/skadans läkning:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Har tillståndet krävt sjukhusvistelse eller läkarordinerat sängläge?  Ja  Nej

Om ja, mellan vilka datum (År/Månad/Dag): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ - \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

7. Har patienten haft liknande besvär tidigare?  Ja  Nej

Om ja, när? År/Månad/Dag: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Behandlade Ni patienten vid detta tillfälle?  Ja  Nej

### 8. Ifylles vid kronisk sjukdom.

Är orsaken till besöket en plötslig, akut försämring av tillståndet?

Ja  Nej

Om JA, när diagnostiserades patienten med denna sjukdom?

År/Månad/Dag \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Om JA, när inträffade den akuta försämring?

År/Månad/Dag \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

9. Bedömer Ni att patienten av medicinska skäl ej kan företa sin planerade resa?  Ja  Nej

### 10. Övriga upplysningar av betydelse för ärendet

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 11. Underskrift

Ort och datum: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Läkarens underskrift: \_\_\_\_\_

Läkarens personnummer/org. nummer: \_\_\_\_\_ Stämpel: \_\_\_\_\_