

Läkarintyg vid avbeställning

Till patienten

Försäkringsnummer:	Researrangör:
Gäller intyget den person som är försäkrad genom Gouda? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?

Har tillståndet krävt sjukhusvistelse eller läkarordinerat sängläge? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, mellan vilka datum (År/Månad/Dag):
--	---

7. Har patienten haft liknande besvär tidigare?

Har patienten haft liknande besvär tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, när? År/Månad/Dag:	Behandlade Ni patienten vid detta tillfälle? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
--	---------------------------	--

8. Ifylles vid kronisk sjukdom.

Är orsaken till besöket en plötslig, akut försämring av tillståndet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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?

Bedömer Ni att patienten av medicinska skäl ej kan företa sin planerade resa? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej

10. Övriga upplysningar av betydelse för ärendet

11. Underskrift

Ort och datum:	Läkarens underskrift:
Läkarens personnummer/org. nummer:	Stämpel: