

# Mulighedserklæring

ved tidsbegrænsede helbredsbedingede problemer med at varetage arbejdet

Mulighedserklæringen anvendes, hvor medarbejderens helbredsforhold har ført til sygefravær. Attesten giver arbejdsgiver og medarbejder mulighed for at få lægens vurdering af, hvorvidt medarbejderen fremover kan varetage relevante arbejdsfunktioner, uden at helbredet forværres. Formålet er at fastholde medarbejderen i arbejdet.

Medarbejderen tager den underskrevne mulighedserklæring med til sin læge.

## 1. Arbejdsgiver og medarbejder

Virksomhedens navn, adresse og telefonnummer. Kontaktperson  
(Gerne stempel)

Medarbejderens navn, cpr-nummer, adresse og telefonnummer

## 2. Sygefravær

Dato for første fraværssdag i aktuelle sygeperiode \_\_\_\_\_

Gentagne fraværsepisoder. (Sæt X) \_\_\_\_\_

## 3. Medarbejderens funktionsnedsættelser

Beskrives kort, gerne i punktform

-  
-  
-

## 4. Påvirkede jobfunktioner

Anfør jobfunktioner, der påvirkes af funktionsnedsættelserne, gerne i punktform

-  
-  
-

## 5. Vurdering af de aktuelle forhold

Arbejdsgiver og medarbejder ønsker lægens vurdering **alene** på grundlag af forholdene oplyst i punkterne 3 og 4. Pkt. 6 udfyldes ikke. (Sæt X): \_\_\_\_\_

## 6. Arbejdsgivers og medarbejders forslag til ændringer i arbejdsfunktioner

Forslag, der sigter på at imødegå funktionsnedsættelsens betydning for arbejdet, anføres her, gerne i punktform. Det kan fx være om transport til og fra arbejde, omplacering, arbejdets tilrettelæggelse og omfang, hjemmearbejde, arbejdsstedets indretning, kollegahjælp, ledelsesstøtte, fysisk træning. Ændringernes forventede varighed anføres.

Dato og underskrift for arbejdsgiver

Dato og underskrift, medarbejder



## Statusattest

Personnummer



Sendes til kommunen

Patientoplysninger

Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer

## 1. Statusbedømmelse på grundlag af patientjournal m.v.

A: Sygehistorie, diagnoser (latin og dansk), prognose. Evt. planlagt/igangværende behandling eller andre oplysninger af betydning for sagen

B: Vurdering af helbredsforholdenes betydning for sagen (der angives **ikke** en vurdering af en evt. social ydelses art og omfang)

## 2. Retur

Attesten returneres grundet mangel på relevante oplysninger

## 3. Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.

Lægens navn, adresse, telefonnr., og SE-eller personnr. (Stempel)  
For sygehus angives desuden afdeling

Dato og underskrift

## Forslag om socialmedicinsk sagsbehandling

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



For denne patient anmoder jeg om, at kommunen behandler nedenstående problemstilling.  
(Det er kommunen, der afgør, hvilken evt. social ydelse klienten skal tilbydes)

### Yderligere oplysninger foreslås indhentet

<input type="checkbox"/> Statusattest	<input type="checkbox"/> Specifik helbredsattest	<input type="checkbox"/> Generel helbredsattest	<input type="checkbox"/> Speciallægeattest
Andet			
Jeg vil gerne have underretning om, hvad der videre bliver foretaget <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja			

### 3. Attestudstedende læge

Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift

## Generel helbredsattest - Side 1 af 4

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



☐ Denne generelle helbredsattest vedrører nyankommen flygtning eller lignende og er udfyldt efter retningslinjerne i **særskilt vejledning**.

Hvor længe har du været patientens læge

### 1. Sygehistorie

Her beskrives alle for sagen relevante sygdomsforløb og tilstande. Der kan indgå relevante udskrivningsbreve, speciallægeundersøgelser, laboratorieundersøgelser, røntgenundersøgelser, funktionsprøver m.v., evt. i uddrag. Forbrug af medicin, tobak, alkohol og narkotika beskrives, hvis det er relevant.

## Generel helbredsattest - Side 2 af 4

Personnummer

## 1. Sygehistorie - fortsat

## 2. Objektiv undersøgelse, især med henblik på de aktuelle helbredsklager

## Generel helbredsattest - Side 3 af 4

Personnummer

## 3. Diagnoser

Latin og dansk

## 4. Behandlingsmuligheder

## 5. Beskrivelse af funktionsevnen

Beskrivelse af patientens sædvanlige arbejdsfunktion med begrundet angivelse af, hvad patienten ikke længere kan påtage sig.

## Generel helbredsattest - Side 4 af 4

Personnummer

## 6. Prognose

Her medtages såvel de helbredsmæssige udsigter som den forventede udvikling i patientens funktionsduelighed.

## 7. Forslag til socialmedicinske behandlingsmuligheder

NB: Afgørelse om en evt. social ydelses art og omfang træffes af kommunen.

## 8. Speciallæge

Er der behov for speciallægeundersøgelse og i givet fald hvilket speciale.

## 9. Anvendelse af tolk

Der er til attestens udfærdigelse anvendt tolk

Tolkens navn

## 10. Eventuelt

Her kan medtages oplysninger som har betydning for den samlede bedømmelse og som ikke er medtaget i de foregående rubrikker (der gives **ikke** en vurdering af en evt. social ydelses art og omfang).

## 11. Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.

Lægens navn, adresse, telefonnr., og SE- eller personnr. (Stempel)  
For sygehus angives desuden afdeling

Dato og underskrift



## Specifik helbredsattest - Side 1 af 2

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



## Bedømmelse på grundlag af patientjournal m.v. samt objektiv undersøgelse vedrørende et afgrænset problem

A: Sygehistorie og igangværende behandling

B: Eventuelle andre oplysninger af betydning for sagen

## Specifik helbredsattest - Side 2 af 2

Personnummer

C: Objektiv undersøgelse, diagnoser og prognose

D: Vurdering af helbredsforholdenes betydning for sagen (der angives **ikke** en vurdering af en evt. social ydelses art og omfang)

## Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.

Lægens navn, adresse, telefonnr., og SE- eller personnr. (Stempel)  
For sygehus angives desuden afdeling

Dato og underskrift

## Attest vedrørende kronisk sygdom

Første fraværdsdag



Sendes til kommunen

Patientoplysninger

Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer

Udfyldes af lægen

## 1. Helbredsforhold

Diagnose - latin og dansk

Anses sygdommen for at være langvarig/kronisk

☐

Nej

☐

Ja

Skønnes sygdommen at forøge fraværtsrisikoen i væsentlig omfang

☐

Nej

☐

Ja

Den forøgede fraværtsrisiko forventes at være

☐

Varig

☐Tidsbe-  
grænset

Igangværende undersøgelse/behandling eller henvisning til behandling andetsteds (sygehus, speciallæge m.v.)

## 2. Sygehusindlæggelse/ambulant behandling

Er patienten henvist til indlæggelse/ambulant behandling p.g.a. den oplyste sygdom

☐

Nej

☐

Ja

Hvis ja, hvornår er henvisningen besluttet

Henvisningsdato

Angiv forventet tidspunkt for indlæggelse/modtagelse

Tidspunkt

## Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.

Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel)  
For sygehus angives desuden afdeling

Dato og underskrift



Anden aktør	
	Journalnummer • KLE 15.00.20P27
	<b>Erklæring om kommunens brug af anden aktør</b>

### Personoplysninger

Navn	Personnummer
Adresse	
E-mail	Telefonnummer

### Overdragelse af opgaver til anden aktør

Ovennævnte aktør har fået bemyndigelse til at varetage opgaver for kommunen i henhold til

☐ Aktivloven

☐ Beskæftigelsesloven

☐ Integrationsloven

☐ Sygedagpengeloven, sygedagpengeopfølgning

Det medfører, at aktøren er bemyndiget til at anvende LÆ-attester i overensstemmelse med de regler, der er fastlagt i aftalen mellem KL og Lægeforeningens Attestudvalg om det Socialt lægelige samarbejde.

### Varighed

Bemyndigelsen til anden aktør gælder for tidsrummet		
Periode	Fra	Til

### Kommune

Kommunens navn og adresse	Telefonnummer
	E-mail
	Dato og underskrift

## Lægeattest til rehabiliteringsteam

1.1 Attesten sendes til	1.2 Patientoplysninger	
	KLE 15.17.18G01 • Sagsidentifikation	Personnummer
	Navn og telefonnummer	



Kommunens rehabiliteringsteam skal afgive indstilling til en plan for, hvordan din patient skal hjælpes i job eller uddannelse. Lægeattesten skal anvendes i den videre sagsbehandling i rehabiliteringsteamet og efterfølgende i kommunen, som træffer den endelige afgørelse i sagen.

Herudover anvendes lægeattesten i sager om revalidering, hvor kommunen skal vurdere, om din patient skal tilbydes revalidering.

Udfyldes af den praktiserende læge i forbindelse med en konsultation (**inkl. objektiv undersøgelse**).

## 2.1 Praktiserende læge

Hvor længe har du været praktiserende læge for patienten	Periode
--	---------

## 2.2 Relevante helbredsforhold

Du bedes her beskrive de helbredsforhold, som har betydning for din patients funktionsevne. Du bedes lægge særlig vægt på at beskrive, **hvorledes** helbredsforholdene påvirker funktionsevnen – både aktuelt og på længere sigt. Du bedes medtage de faktuelle oplysninger du har, vedrørende de relevante helbredsforhold (resultat af dine egne iagttagelser samt objektive undersøgelser, faktuelle resultater vedr. andre speciallægers undersøgelser, resultat af relevante billed-diagnostiske undersøgelser mv.). Tidligere helbredsforhold medtages kun i det omfang det er relevant for nuværende funktionsevne (relevante udskrivningsbreve kan vedlægges).

--

Fortsættes side 2

Navn

Personnummer

## 2.2 Relevante helbredsforhold (fortsat fra side 1)

## 2.3 Særlige hensyn

Her anføres eventuelle særlige hensyn, som det pga. patientens helbredsforhold vil være nødvendigt at tage i det videre forløb både på kort og længere sigt i forhold til patientens funktionsniveau. Særlige hensyn kan fx være igangværende behandling, nye behandlingsmuligheder, skånebehov som følge af en kronisk lidelse mv.

## 2.4 Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred

Her anføres dine kommentarer til patientens beskrivelse af, hvorledes helbredsproblemerne påvirker funktionsevnen og dermed job- og uddannelsesønsker

Navn	Personnummer
------	--------------

## 2.4 Lægens kommentarer til patientens opfattelse af eget helbred (fortsat fra side 2)

--

## 2.5 Andre forhold end de helbredsmæssige

Beskriv andre forhold end de helbredsmæssige, der kan have betydning for patientens funktionsniveau (fx vanskelige familieforhold, arbejdspladsproblemer eller ordblindhed)

--

## 2.6 Misbrug

Har du kendskab til evt. misbrugsproblemer (alkohol, medicin, euforiserende stoffer mv.)	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja
Hvis ja, hvilket misbrug er der tale om		

## 2.7 Lægens eventuelle supplerende oplysninger

Lægens eventuelle supplerende oplysninger, der bidrager til at belyse sagen yderligere

## 2.8 Anvendelse af tolk

Der er til attestens udfærdigelse anvendt tolk	Tolkens navn
--	--------------

## 2.9 Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.	
Lægens navn (evt. stempel), ydernummer, adresse og telefonnummer	Dato og underskrift

Anmodning om Generel helbredsattest  
ved nyankommen flygtning mv.

Sendes til læge	Personoplysninger
	Navn og adresse og evt. telefonnummer



Du anmodes om at foretage en generel helbredsundersøgelse af ovennævnte, som samtidig er bedt om at rette henvendelse til dig for at aftale tidspunkt for undersøgelsen.  
Du bedes rekvirere tolk til undersøgelsen. Tolkeopgaven må ikke overlades til udlændingens nærmeste familiemedlemmer

Flygtningens sprog er

## Kort redegørelse

Der gives en kort fremstilling af flygtningens livssituation samt flygtningens egen fremstilling af helbredsforholdene. For børn angives forældrenes oplysninger om barnets helbred og generelle trivsel. Kendskab til særlige belastninger/traumer videregives til lægen. Relevante oplysninger kan vedlægges (fx helbredsoplysninger fra asylcenteroperatøren, fra UNHCR eller IOM, oplysninger om særlige sociale udfordringer for flygtningen og for børn, oplysninger fra asylcenteroperatør, daginstitution, skole m.v.)

Oplysningerne indhentes ☐ med samtykke ☐ efter retssikkerhedslovens § 11c



## Vejledning til lægen

**Lægen skal særligt være opmærksom på, om der behov for yderligere helbredsmæssig udredning og behandling; herunder yderligere behov for undersøgelse og behandling for psykiske helbredsproblemer.**

Formålet med Generel helbredsattest ved nyankommen flygtning er, at lægen giver en generel vurdering af helbredsforholdene, så der kan tages højde herfor i den videre planlægning af kommunens integrationsindsats for flygtningen og familien.

**Følgende skabelon kan anvendes til udfyldelse af LÆ 145:**

### Sygehistorie

Aktuelle helbredsforhold, herunder psykiske helbredsproblemer – oplysninger om tidligere sygdomme hvis relevante for nuværende helbredstilstand og funktionsevne.

### Ved objektiv undersøgelse

En generel objektiv undersøgelse.

### Ved diagnoser

Mistanke om sygdom og traumer skal også angives her.

### Ved behandlingsmuligheder

Angiv om der er behov for yderligere helbredsmæssig udredning • Angiv om der er et behandlingsbehov • Angiv om behandling er iværksat og/eller flygtningen er henvist til behandling.

### Ved beskrivelse af funktionsevnen

Generelle trivsel (altid når det gælder børn) • omgang med andre mennesker/social tilbagetrækning • søvn • daglige aktiviteter.

### Prognose

Så vidt det er relevant og muligt.

### Forslag til socialmedicinske behandlingsmuligheder

Særlige hensyn/forslag i det videre integrationsforløb.

Socialstyrelsen har udarbejdet "Faglige anvisninger til praktiserende læger og andre læger, som gennemfører helbreds vurderinger af nyankomne flygtninge og familiesammenførte til flygtninger". De faglige anvisninger er udarbejdet som inspirationsmateriale til lægen og kan anvendes i forbindelse med helbreds vurderinger af flygtninge- og indvandrere. Anvisningerne er udarbejdet med inddragelse af Sundhedsstyrelsen og lægefaglige eksperter.

Se <http://www.integrationsviden.dk/nyankomne/modtagelse/faglige-anvisninger-til-laeger-ifm.-helbredsmaessige-vurderinger-af-nyankomne-flygtninge-m.v/>

Yderligere oplysninger om blanketten og dens udfyldelse findes på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) og [www.kl.dk/blanketter](http://www.kl.dk/blanketter)

### Kontaktperson

Navn - stilling	
Træffetid	Telefon

### Kontaktperson

Navn - stilling	
Træffetid	Telefon

### Kommune

Kommunens navn, adresse og telefonnummer (Stempel)		Dato og underskrift	
EAN-lokationsnummer	Ordrenummer	Rekvissionsnummer	(Person)reference

## Attest til sygedagpengeopfølgning

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



## 1. Diagnose/årsag til sygefravær

Skriv diagnose eller en kort beskrivelse af årsagen til sygefraværet

## 2. Vurdering af sygefravær

På baggrund af konsultation ved fremmøde bedes du give en vurdering af sygefraværet/sygdomsbilledet i forhold til én af tre nedenstående kategorier og udfyld med øvrige oplysninger.

<input type="checkbox"/> Klart sygdomsbillede/ klar behandlingsplan	Hovedelementer og forventet varighed i behandlingen oplyses (angiv ca. antal uger fra dags dato)
<input type="checkbox"/> Uklart sygdomsbillede, hvor der er behov for yderligere afklaring i sundhedsvæsenet	Behov for yderligere undersøgelse/behandling oplyses, herunder forventet varighed om muligt (angiv ca. antal uger fra dags dato)
<input type="checkbox"/> Uklart sygdomsbillede, hvor der ikke er behov for undersøgelse/ behandling i sundheds- væsenet	<p>a. Beskriv patientens helbredsklager</p> <p>b. Har du forslag til hvilke sundhedsfremmende tilbud, der kan fremme patientens muligheder for at arbejde</p> <p>c. Har patienten tidligere haft lignende sygdomstilfælde</p>

## 3. Vurdering af behov for skånehensyn, der kan fremme genoptagelse/påbegyndelse af arbejde

Angiv eventuelle skånehensyn, der kan fremme, at patienten kan genoptage/påbegynde arbejde helt eller delvist eller deltage i beskæftigelsesrettet indsats

<input type="checkbox"/> Særlige hensyn vedr. arbejdstid/arbejdstilret- telæggelse	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Ikke stressende/ikke psykisk belastende funktioner	Angiv evt. supplerende oplysninger

Fortsættes side 2

## Fortsat vurdering af behov for skånehensyn fra side 1

<input type="checkbox"/> Tilpasning af arbejdsfunktioner fx aflastning af ryg, ben, skulder, arme	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Støtteperson på arbejdspladsen til hjælp med tilrettelæggelse og støtte i det daglige arbejde	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Andre skånehensyn	Angiv evt. andre skånehensyn
Angiv varighed for skånehensyn	Angiv varighed (angiv ca. antal uger fra dags dato)

## 4. Vurdering af muligheder for at genoptage arbejdet/påbegynde arbejde

På baggrund af dialog med patienten bedes du give en vurdering af patientens muligheder for at genoptage arbejdet/påbegynde nyt arbejde med eventuelle skånehensyn.	
Arbejde genoptages på fuld tid	Hvornår? Angiv ca. antal uger fra dags dato
Hvis der ikke kan angives et tidspunkt, angives begrundelse herfor	
Kan arbejde genoptages/påbegyndes delvist <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvornår? Angiv ca. antal uger fra dags dato

## 5. Øvrige bemærkninger

Angiv andre forhold af betydning for muligheden for at arbejde
--

## Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.	
Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift

## FP 608 - Forsikringsbegivenhed - Generel - Anmodning

Modtager (læge, sygehusafdeling m.v.):	Patientens cpr-nummer og navn samt selskabs/pensionskassens reference:

Ifølge *forsikringsaftaleloven* har [selskabet/pensionskassen] krav på oplysninger, der er nødvendige for at kunne bedømme en forsikringsbegivenhed og fastsætte *forsikringsydelsens størrelse/helbredstilstanden og erhvervsevnen*. Derfor beder vi om oplysninger i sagen. *Patienten/forældremyndighedsindehaver(e)* har givet samtykke til indhentning af oplysninger. Kopi af samtykket vedlægges.

Det er oplyst, at patienten *den* [skal udfyldes] *har været udsat for* [skal udfyldes], *og det anmeldes, at patienten i den forbindelse har pådraget sig* [skal udfyldes] */har fået diagnosticeret* [skal udfyldes] */har haft følgende helbredsproblemer med indflydelse på erhvervsevnen* [skal udfyldes] *siden* [skal udfyldes]. */Da den samlede helbredstilstand kan have betydning for tilkendelse af en ydelse på en erhvervsudygtighedsforsikring, er det vigtigt, at vi får kendskab til alle symptomer og tilstande, der kan have betydning for erhvervsevnen.*

### Vi beder om oplysninger vedrørende:

- ☐ Hoved [skal præciseres, fx øjne, hjerne, osv.]
- ☐ Ryg [skal præciseres, fx nakke, lænd osv.]
- ☐ Ekstremiteter [skal præciseres, fx skulder, albue, knæ osv.]
- ☐ Psykiske/sociale forhold [skal præciseres, fx depression, arbejdsituation osv.]
- ☐ Neurologiske forhold [skal præciseres]
- ☐ Kræft [skal præciseres]
- ☐ Hjerte/kar [skal præciseres]
- ☐ Lunger og luftveje [skal præciseres]
- ☐ Andet [skal præciseres]

Det er nødvendigt med oplysninger for følgende tidsrum:[skal udfyldes]

### Skadestidspunkt:

*Er det nødvendigt med oplysninger fra mere end 5 år før skadestidspunktet, skal det nærmere begrundes.*

- ☐ Kopi af relevante dele af patientjournalen for ovennævnte tidsrum bedes vedlagt.
- ☐ Kopi af udskrivningsbrev/epikrise for ovennævnte tidsrum bedes vedlagt.
- ☐ Kopi af [skal udfyldes, hvis der ønskes andet end journal/epikrise m.v.] bedes vedlagt.

Er De i tvivl om, hvilke oplysninger [selskab/pensionskasse] vurderer relevante, bedes de kontakte [selskabet/pensionskassen]. Er De i tvivl om, hvorvidt *patienten/forældremyndighedsindehaver(e)* har accepteret videregivelse af de oplysninger, som [selskab/pensionskasse] finder relevante og anmoder om, kan De kontakte *patienten/forældremyndighedsindehaver(e)*.

FP 610 – Lægens svar 04.09.01.02 bedes sendt til [selskabets/pensionskassens navn, adresse og telefonnummer]:

Dato \_\_\_\_\_

Underskrift \_\_\_\_\_

# FP 710 Sundhedsforsikringsattest

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten udfyldes af kundens alment praktiserende læge eller behandlende speciallæge.

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5a og 5b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

Denne attest må kun udfyldes på foranledning af det pensions- eller forsikringsselskab, hvor den forsikrede er kunde. Lægen honoreres således kun, hvis selskabet har bedt lægen om at udfylde den. Attesten er i udgangspunktet en fremmødeattest. Hvis selskabet eller patienten ønsker, at lægen skal udfylde attesten uden, at patienten er til stede imens, skal patienten afgive samtykke hertil.

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Skadesnr./policenr.: \_\_\_\_\_

Attesten er udfyldt vedrørende: \_\_\_\_\_

## Udfyldes af lægen

<b>1</b>	Hvor længe har du været patientens læge?	Dato:
<b>2</b>	Hvilke symptomer har patienten, og hvornår startede de?	Dato for første symptom:
	Hvornår undersøgte du patienten for symptomerne første gang?	Dato:
<b>3</b>	Foreligger der en diagnose på tilstanden?  Er sygdommen kronisk?  Hvornår blev diagnosen stillet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Dato:
<b>4</b>	Har du henvist patienten til speciallæge, sygehus eller anden behandler, fx psykolog, fysioterapeut, diætist?  <b>a.</b> Har du henvist patienten til billeddiagnostiske undersøgelser?  <b>b.</b> Ved psykologhjælp: Er patienten henvist via den offentlige sygesikring?  <b>c.</b> Ved behandling hos diætist:  <b>d.</b> Ved kiropraktorbehandling: Kan du anbefale kiropraktorbehandling?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvvisning.  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvvisning.  Hvis <b>JA</b> , vedlæg venligst lægehenvvisning. Angiv den udløsende årsag til, at der er behov for psykologhjælp:  Hvis <b>NEJ</b> , kan du anbefale psykologhjælp?  Højde:                      Vægt: Angiv indikationen for behandlingen:  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>5</b>	Har patienten dig bekendt været behandlet/undersøgt for samme symptomer, sygdom eller skade inden for de seneste [10] år?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato:

<b>6</b>	Skønner du på det foreliggende grundlag, at symptomer, sygdomme eller andre forhold, herunder graviditet, inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på nuværende symptomer/sygdom eller forværret dens følger?  Hvornår debuterede symptomerne/sygdommen?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b> , hvilken indflydelse på tilstanden?  Dato:
----------	--	---

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.  
 Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

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:   <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">           .....            Dato         </div> <div style="width: 45%;">           .....            Lægens underskrift         </div> </div> <b>Nøjagtig adresse (stempel):</b>   	Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:
---	--

Lægen honoreres efter fremsendelse af regning i henhold til aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. 04.10.01.03

# Blanket til helbredsmaessige oplysninger ved udstedelse af kørekort

Godkendt af Sundhedsstyrelsen

## AFSNIT A

De skal besvare alle spørgsmål på denne side inden lægeundersøgelsen. Hvis Deres navn, adresse og personnummer ikke er udfyldt på forhånd, bedes De skrive dette med blokbogstaver. Når lægen har gennemlæst Deres svar på de enkelte spørgsmål, skal De **i lægens påsyn** underskrive blanketten nederst på siden.

Navn:		Personnummer:	
Adresse:		Postnr. og by:	

Ansøger De om kørekort til en kategori i gruppe 1, i gruppe 2 eller eventuelt i begge grupper? (Sæt kryds).

- Gruppe 1:** ☐ AM (stor knallert) ☐ A1, A2, A (motorcykel) ☐ B (almindelig bil og B+)  
☐ T/M (traktor/motorredskab) ☐ B/E (almindelig bil med stort påhængskøretøj)
- Gruppe 2:** ☐ C1, C (lastbil) ☐ D1, D (bus)  
☐ C1/E, C/E eller D1/E, D/E (lastbil eller bus med stort påhængskøretøj)  
Kørekort til erhvervsmaessig personbefordring: ☐ Erhverv B (taxa) ☐ Erhverv D1, D (bus)  
Påtegning om godkendelse som kørelærer ☐

Spørgsmålene besvares ved afkrydsning i ja eller nej

	Ja	Nej
Har De tidligere haft kørekort?		
Er udstedelse af kørekort nogensinde blevet nægtet Dem på grund af Deres helbredstilstand?		
A Har De dobbeltsyn?		
Er De natteblind (dvs. har De svært ved at finde vej i mørke)?		
Bruger De briller med styrke større end + 8?		
B Har De nedsat hørelse?		
C Kan De bruge arme og ben fuldt ud?		
Har De nedsat bevægelighed i nakken?		
D Har De eller har De haft hjerte- og/eller blodkarsygdomme?		
E Har De diabetes?		
F Har De eller har De haft epilepsi eller andre nervesygdomme?		
Har De haft svimmelhedsanfald, besvimelsestilfælde eller krampeanfald inden for de sidste fem år?		
G Har De eller har De haft psykiske sygdomme?		
Har De problemer med at huske eller orientere Dem?		
H Tager De bevidsthedspåvirkende stoffer eller trafikfarlig medicin (fx stærkt smertestillende medicin og eller beroligende-/sovemedicin)?		

Lægeattesten på de følgende sider (afsnit B) skal udfyldes af Deres sædvanlige læge. Hvis en anden læge udfylder lægeattesten, skal De give en fyldestgørende grund hertil:

Jeg har besvaret de stillede spørgsmål under strafansvar efter straffelovens § 163.\*

Dato og år

Ansøgerens underskrift

\* **Straffelovens § 163:** Den, som i øvrigt til brug i retsforhold, der vedkommer det offentlige, skriftligt eller ved andet læsbart medie afgiver urigtig erklæring eller bevidner noget, som den pågældende ikke har viden om, straffes med bøde eller fængsel indtil 4 måneder.

\_\_\_\_\_  
Ansøgerens cpr.nr.

\_\_\_\_\_  
Lægens stempel og underskrift

OB! Hver side dateres, påføres ansøgerens navn og personnummer samt lægens stempel og underskrift (sidstnævnte i afvigende farve).

Lægeerklæringens formål er at give personalet i kommunerne og på politiets kørekortkontorer oplysninger til brug for vurdering af, om ansøgeren opfylder de helbredsmaessige betingelser for at få udstedt eller fornyet kørekort. Der skal derfor i videst muligt omfang benyttes danske eller alternativt almindeligt forståelige betegnelser for sygdomme, anatomiske forhold mm. Supplerende oplysninger skal anføres på side 4.

	Uden korrektion	Med korrektion
Højre øje:		
Venstre øje:		
Binokulært (begge øjne samtidigt):		

Synsstyrken prøves på hvert øje for sig og binokulært (begge øjne samtidigt). Synsstyrken kan enten angives som en brøk eller som decimaltal. I brøken er tælleren afstanden til synstavlen i meter (almindeligvis 6), og nævneren er betegnelsen på den linje på synstavlen, hvor alle bogstaver kan læses. Hvis synstavlen ikke indeholder de synsstyrkeniveauer der indgår som grænseværdier i bekendtgørelsen, kræves opfyldelse af nærmeste højere niveau på tavlen. Når man eksempelvis måler synsstyrken på en Snellentavle, er synsstyrken 0,6 først opfyldt, når undersøgte ser alle bogstaver i 6/9 linjen (svarende til en synsstyrke på 0.67).

Ja      Nej

Synsfeltets ydergrænse bestemmes a.m. Donders i horisontalplanet, i vertikalplanet, samt i skråmeridianerne for at finde eventuelle kvadrant- eller hemianopsier. Lægen stiller sig foran undersøgte og placerer sin hånd i midtplanet mellem sig selv og undersøgte, så langt mod periferien som muligt. Lægen spørger nu om undersøgte, kan se hånden, og i givet fald om fingrene bevæger sig eller holdes stille. Lægen bevæger nu sin hånd en anelse længere ind langs meridianen og gentager proceduren. Det punkt hvor undersøgte, kan afgøre om lægens fingre bevæger sig eller ej, angiver synsfeltets ydergrænse i den pågældende meridian.

For gruppe 1 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 120°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 50° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 20° både opad og nedad for fiksationspunktet.

For gruppe 2 kategorier skal det binokulære synsfelt i det horisontale plan være mindst 160°. Samtidig skal der være bevaret synsfelt ud til 70° både til højre og til venstre for fiksationspunktet, og ud til 30° både opad og nedad for fiksationspunktet.

☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har øjensygdomme af betydning for synsevnen. Brydningsfejl og/eller gennemført kataraktoperation skal ikke nævnes. Under "*Supplerende oplysninger*" kan anføres diagnose. Ved progressiv sygdom kan der medsendes aktuell udtalelse fra øjenlæge.

Begge ører prøves samtidigt i 4 meters afstand. Spørgsmålet besvares bekræftende, hvis almindelig talestemme ikke kan forstås uden brug af høreapparat.

Besvares bekræftende, hvis undersøgte f.eks. har bevægelsesindskrænkninger i ryg og hals, således at orientering bagud ikke kan finde sted, har misdannelser eller deformiteter i ekstremiteterne, herunder nedsat herredømme over eller nedsat kraft i ekstremiteterne af betydning for betjening af styretøj, pedaler eller instrumenter, eller har totalt ubevægelige led eller led med nedsat bevægelighed. Under "Supplerende oplysninger" anføres objektive fund og diagnoser. Aktuell og relevant speciallæge-udtalelse kan medsendes såfremt tilstanden er progredierende/ikke har været stabil de seneste 5 år.

☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige forstyrrelser i hjerterytmen, eller angina pectoris, eller hvis undersøgte har haft hjerteinfarkt, bruger pacemaker/ICD, eller har gennemgået hjerteoperationer inden for de sidste fem år. Velbehandlet forhøjet blodtryk og/eller asymptomatisk atrieflimmer skal ikke anføres.

Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnose og ordineret medicin, symptomer, bl.a. i form af inkompenstation, angina pectoris (stabil/ustabil) eller arrytmier. Blodtrykket anføres kun ved manifest hjerte-kar-sygdom. Tidspunkt for evt. hjerteinfarkt eller -operation anføres. Aktuell udtalelse fra speciallæge i kardiologi kan medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.



**Foreligger der hos undersøgte:****Ja      Nej****E 1. Diabetes der ikke behandles med medicin? ----- >** ☐ ☐**E 2. Diabetes der behandles med medicin som ikke kan medføre hypoglykæmi? ----- >** ☐ ☐**E 3. Diabetes der behandles med medicin som kan medføre hypoglykæmi? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis der er konstateret diabetes hos undersøgte. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnosetidspunkt og behandling, samt om der har været hypoglykæmiske tilfælde. I bekræftende fald: hvor hyppigt og hvornår sidst?

Diabetesblanket skal udfyldes/medsendes ved gruppe 2 ansøgning hvis ansøger behandles med medicin som kan medføre hypoglykæmi (insulin m.m.), og ved gruppe 1 ansøgning hvis diabetes-sygdommen er ustabil eller har medført komplikationer.

**F 1. Generaliserede kramper eller epilepsi? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, ved grand mal (kramper med bevidsthedsstab), ved petit mal (absencer) og ved andre epileptiske manifestationer. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnosetidspunkt, hvor hyppigt sygdommen har vist sig de sidste 10 år, hvornår det seneste anfald fandt sted samt ordineret medicin, art, dosis og evt. ophørstidspunkt. Aktuell neurologisk speciallægeudtalelse skal medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.

**F 2. Bevidsthedsforstyrrelse eller svimmelhed? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har haft bevidsthedsforstyrrelser eller svimmelhed inden for de sidste fem år. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres omstændighederne omkring anfaldet, evt. udløsende faktorer, hyppigheden, hvornår fandt det seneste anfald sted samt om muligt diagnosen. Aktuell og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.

**F 3. Anden sygdom i nervesystemet? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis der foreligger oplysning om andre nervesygdomme, der kan påvirke evnen til at føre motorkøretøj. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnosen samt evt. diagnosetidspunkt. Aktuell neurologisk speciallægeudtalelse bør medsendes ved progressiv sygdom såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.

**G 1. Psykisk sygdom? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlige psykiske sygdomme, er psykisk udviklingshæmmet eller alvorligt mentalt retarderet. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnosen, undersøgtes nuværende tilstand samt art og dosis af evt. medicinsk behandling. Aktuell udtalelse fra psykiatrisk speciallæge kan medsendes såfremt tilstanden har medført indlæggelse inden for det seneste år.

**G 2. Mental svækkelse eller kognitive problemer? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har alvorlig svækket dømmekraft eller alvorlig svækket mental eller kognitiv funktion. Undersøgelserne for kognitivt funktionsniveau (urskivetest og ordgenkaldelse) skal udføres ved fornyelse af kørekort fra det 70. år. Kun i bekræftende fald skal der under "*Supplerende oplysninger*" anføres: Er undersøgte orienteret i tid og egne data?, Hvordan udføres urskivetesten med tidsangivelse kl. 11:10 eller kl. 16:40? Er tallene tilstede og korrekt placeret? Er viserne tilstede og korrekt placeret? Hvor mange af tre indlærte ord huskes efter afledning?

**H 1. Alkoholmisbrug? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom (kronisk alkoholisme). Under "*Supplerende oplysninger*" beskrives: Misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed, og i hvilken periode undersøgte evt. har været afholdende? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuell udtalelse fra speciallæge psykiatri.

**H 2. Forbrug af bevidsthedspåvirkende stoffer? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis lægen er vidende om, at undersøgte har eller har haft et afhængighedssyndrom. Under "*Supplerende oplysninger*" beskrives: misbruget eller indtagelsens karakter, omfang og varighed og i hvilken periode undersøgte evt. har været stoffri? I tvivlstilfælde kan der medsendes aktuell udtalelse fra speciallæge i psykiatri.

**H 3. Forbrug af trafikfarlige lægemidler? ----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte indtager trafikfarlige lægemidler. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres lægemidlets navn og dosis.

**I 1. Nedsat nyrefunktion?----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har nyreinsufficiens, der kræver regelmæssig lægekontrol. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnosen samt behandling. Aktuell og relevant speciallægeudtalelse kan medsendes ved kronisk dialyse og/eller progressiv sygdom såfremt tilstanden ikke har været stabil de seneste 5 år.

**J 1. Anden sygdom eller andre helbredsmæssige forhold herunder søvnapnoe?----- >** ☐ ☐

Besvares bekræftende, hvis undersøgte har sygdom der påvirker evnen (herunder nedsat reaktionssevne) til at føre motorkøretøj. Under "*Supplerende oplysninger*" anføres diagnose og behandling inklusiv vurdering af reaktionsevne sammenholdt med øvrige helbredstilstand. Ved søvnapnoe kan medsendes aktuell relevant speciallægeudtalelse om behandlingseffekt og behandlingscompliance.

**Supplerende oplysninger**

Hvis et eller flere af spørgsmålene er besvaret bekræftende, eller hvis ansøgerens besvarelse af spørgsmålene på forsiden (afsnit A) eller forhold, som lægen i øvrigt måtte være bekendt med, begrundes det, skal der gives supplerende oplysning om:

Konklusion	Ja	Nej
1) Skønnes undersøgtes helbredstilstand generelt at være hindrende for udstedelse eller fornyelse af kørekort?		
2a) Er tilstanden stationær?		
2b) Hvis nej, er tilstanden da forværret siden sidste udstedelse af kørekort?		
3) Anbefales vejledende helbredsmæssig køretest som følge af undersøgtes helbredsforhold?		

Eventuelt supplerende bemærkninger:

Undertegnede læge har dags dato undersøgt ansøgeren, som ER \_\_\_\_/IKKE ER \_\_\_\_ mig bekendt. Ansøgeren har til identifikation medbragt vedlagte fotografi, som jeg nu har underskrevet og påført ansøgerens personnummer på bagsiden. Jeg har endvidere gennemlæst ansøgerens svar på spørgsmålene på blanketens forside samt gjort mig bekendt med eventuelle sundhedsfaglige forhold af betydning for ansøgerens tidligere kørekort.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Lægens stempel

\_\_\_\_\_  
Lægens underskrift

(Attesten og fotografiet overgives ansøgeren i en lukket kuvert, som er forsynet med lægens navn/stempel).