

LÄKARINTYG

Läkarintyg skickas tillsammans med skadeanmälan till:
 American Express Claims Management c/o Solid Försäkrings AB
 P.O Box 22151, SE-250 23 Helsingborg, Sweden
 Telefon: +46 42 450 32 50, Fax: +46 42 450 33 83

OBS! Blanketten skall undertecknas av läkare på s 2.

I. Personuppgifter:

Resenärens namn:		Personnr:
Patientens namn (om ej samma som resenärens):		Personnr:
Avbokningen avser resa till:	Bokningsdatum:	Avresedatum:
Plats och datum för första undersökningen/behandlingen för den aktuella sjukdomen:		

2. Symptom och diagnos

Datum när symptomen uppstod:	
Datum för första undersökning/behandling:	
Undersökningsresultat/diagnos:	
Ordinerad behandling:	
Har sjukdomen/skadan krävt sjukhusvistelse/vila i hemmet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, mellan vilka datum:
Har patienten lidit av samma sjukdom/skada/åkomma tidigare: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, mellan vilka datum: _____ Behandlade Du patienten vid detta tillfälle: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Vänligen fyll i nedanstående om det gäller en kronisk sjukdom:	
Är anledningen till avbokningen en plötslig försämring av allmäntillståndet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om ja, datum när patienten var diagnostiserad med sjukdomen: _____	
Om ja, datum när den plötsliga försämringen uppstod: _____	

3. Sätt kryss i de rutor som är korrekta nedan

Fyll i då resenären är sjuk/skadad:	
<input type="checkbox"/>	Jag avråder bestämt denna patient/resenär att företa den planerade resan då den ej kan företas utan att riskera patientens/resenärens hälsa
<input type="checkbox"/>	Jag avråder inte patienten/resenären från att resa då resan inte innebär en risk för patientens/resenärens medicinska tillstånd

Fyll i då nära anhörig är sjuk/skadad:

- ☐ Jag avråder ej från att resa. Patientens/nära anhörigs medicinska tillstånd är inget hinder för resenären att företa den planerade resan.
- ☐ Resenären, som är nära anhörig till patienten, bör inte företa den planerade resan då patientens tillstånd är så allvarligt.
- ☐ Resenären, som är nära anhörig till patienten, bör ej företa den planerade resan.
- ☐ Patientens medicinska tillstånd kräver resenärens närvaro.

Skall alltid fyllas i

- ☐ Tillståndet är akut.
- ☐ Patientens tillstånd är kroniskt och var känt vid datum för bokningen av resan.
- ☐ Patienten har varit symptomfri _____ månader innan bokningsdatumet.
- ☐ Aktuellt symptom härleds till tidigare känd skada: _____

4. Uppgifter om läkare

Datum och plats:

Läkares namnteckning:

Namnförtydligande:

Klinik/Mottagning:

Telefonnummer:

6. Stämpel