

# Forhåndsvurdering - Erhvervsrejse

<b>Til Goudas notater:</b>
Godkendt:
Forbehold:
Afslag:

Du kan søge om en forhåndsvurdering hvis du har en lidelse eller et symptom, som gør, at du ikke opfylder kravene i forsikringsbetingelserne. På baggrund af din ansøgning vurderer vi, om du kan få dispensation for kravene, så du kan være fuldt dækket af din forsikring.

For at kunne vurdere din ansøgning har vi brug for en kopi af din journal for de sidste 2 måneder fra [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Du finder journalen ved at logge på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) med NemID. Denne løsning er uden ekstra omkostninger. Alternativt skal din læge udfylde punkt 4 og 5 i denne ansøgning. Vær opmærksom på, at du selv skal betale lægens honorar.

Den udfyldte ansøgning og evt. kopi af lægejournal sendes til [medicinsk@gouda.dk](mailto:medicinsk@gouda.dk), hvorefter vi vurderer din mulighed for dispensation.

Du bedes udfylde blanketten med blokbogstaver.

## 1. Forsikringstager

Navn:	Cpr – nummer:
Virksomhedens navn: Aabenraa Kommune	
Adresse: Skelbækvej 2	
Postnr.: 6200	By: Aabenraa
Tlf. nr.:	E-mail:
Police nr. på rejseforsikring: 30598608	

## 2. Oplysninger om rejsen

Rejsemål (angiv hvilke lande):	
Planlagt afrejsedato:	Planlagt hjemkomstdato:
Rejsens formål:	

### 3. Lægejournal

Kopi af lægejournal er vedlagt (evt. hentet fra [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk))

Ja  Nej

### 4. Læge (Udfyldes kun hvis der er svaret nej til punkt 3. Skal altid udfyldes af læge)

#### Til lægen:

Din patient ønsker en forhåndsvurdering om dækning for sygdom eller hjemtransport i forbindelse med en forestående rejse. Patienten har/har haft en lidelse, som kan betyde, at der på rejsen opstår et behandlingsbehov.

For at Gouda kan tage stilling til forsikringsmulighed og evt. forbehold, bedes du udfylde nedenstående felter.

Udgifter i forbindelse med lægeerklæringen afholdes af ansøger.

Hvilken sygdom/symptomer ønsker patienten en forhåndsvurdering af?

Hvornår er sygdommen opstået?

Hvilket behandlingsbehov kan opstå?

Er der stadig symptomer?

Ja  Nej

Hvis nej, hvornår er symptomerne ophørt?

Hvis ja, hvilke?

Har lidelsen medført kirurgisk behandling?  Ja  Nej

Hvis ja, hvilken?

Tid og sted for behandlingen:

Hvilken behandling gives iverigt/har været givet de seneste 2 måneder?

Hvornår?

Er der sket ændringer i den medicinske behandling de seneste 2 mdr.?

Ja  Nej

Hvis ja, hvilken? Og for hvad?

Hvornår?

Har patienten været indlagt de seneste 2 mdr.?  Ja  Nej

Hvis ja, hvor og hvornår?

Har patienten andre sygdomme/symptomer?  Ja  Nej

Hvis ja, hvilke og hvilken behandling gives?

Venter patienten på undersøgelser/behandling eller videre udredning?

Ja  Nej

Hvis ja, hvilken undersøgelse/behandling?

Hvis ja, evt. dato for dette?

Har patienten været sygemeldt?

Ja  Nej

Fra (dato):

Til (dato):

### 5. Oplysninger om klinikken (Udfyldes kun hvis der er svaret nej til punkt 3)

Klinikkens navn og adresse:

Dato:

Lægens underskrift:

## 6. Ansøgers underskrift

Jeg erklærer på tro og love, at de oplysninger der er indleveret er i overensstemmelse med sandheden, og at jeg intet har fortiet. Jeg er indforstået med, at afgivelse af urigtige oplysninger kan medføre, at jeg selv kommer til at afholde skadesomkostningerne og at forsikringen opsiges.

Dato:

Forsikringstagers navn: