

Läkarintyg

Resenärens namn _____ Personnummer _____
Patientens namn (om ej detsamma som resenärens) _____ Personnummer _____
Telefon bostad _____ Telefon arbetet _____
Bokningsdatum ____ / ____ 20 _____ Avbokningsdatum ____ / ____ 20 _____
Bokningsnummer _____

Datum och plats för första undersökning/behandling för den aktuella sjukdomen

____ / ____ 20 _____

Datum och plats för den undersökning/behandling som ligger till grund för utfärdandet av detta intyg

____ / ____ 20 _____

Undersökning/diagnos

Ifylles då resenären är sjuk

- Jag avråder uttryckligen från resa då patientens = resenärens tillstånd innebär sjukhusvistelse eller att resan ej kan genomföras utan men för patienten.
- Jag avråder ej från resa. Patientens = resenärens tillstånd utgör inget hinder för resa.

Ifylles då anhörig är sjuk

- Jag avråder ej från resa. Patientens = anhörig till resenären, tillstånd utgör inget hinder för resenären att företaga resan.
- Resenären som är nära anhörig till patienten bör ej genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd är allvarligt.
- Resenären, som är nära anhörig till patienten, bör ej genomföra resan. Detta emedan patientens tillstånd föranleder speciell omvårdnad genom resenärens försorg.

Ifylles alltid

- Sjukdomen är akut
- Patientens sjukdom är kronisk och var känd vid bokningstillfället och utgjorde då inget hinder för resan. Tillståndet har nu förvärrats på ett sätt som vid bokningstillfället ej var möjligt att förutse.
- Gravitet (obs! utgör ej hinder för resan)
- Inget av ovanstående är tillämpligt.

Stämpel

Namn _____ Titel _____

Namnförtydligande _____

Datum/Ort ____ / ____ 20 ____

Tjänsteställe _____ Telefon _____