

Skadenummer

Patientens namn

Personnummer (10 siffror)

Avbeställningen avser resa till

Avresedatum

Plats och datum för **första** undersökning/behandling för sjukdomen/olycksfallet

Diagnos

Kryssa för det/de alternativ som stämmer med patientens hälsotillstånd.

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Jag avråder patienten från att resa  | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sjukdomen är akut, dvs. har uppstått plötsligt   | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sjukdomen är kronisk, var känd vid bokningstillfället och utgjorde då inget hinder för resan                         | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tillståndet har nu akut försämrats vilket inte har varit förutsägbart eller förväntat – ange datum för försämringen: | <input type="checkbox"/> |
| 5. Jag avråder inte från att resa, patientens tillstånd utgör inget hinder för resan, men patienten bör tänka på:       | <input type="checkbox"/> |

Underskrift

Dagens datum (ÅÅ-MM-DD)

Telefon

Läkarens namn

Titel

Läkarens underskrift

Stämpel

Skickas till:  
hem.privat@if.se