



Sendes til	Oplyses ved henvendelse	
	Personnummer	
	Anmodning om attest vedrørende kronisk sygdom	

De bedes venligst med det samme henvende Dem til Deres læge for at få udfyldt medfølgende blanket.

Arbejdets art
Oplyst lidelse

Attest vedrørende kronisk sygdom anvendes, hvor lønmodtagere pga. langvarig eller kronisk sygdom har flere end 10 fraværsg dage om året på grund af sygdommen.

Arbejdsgiver og lønmodtager kan indgå en aftale, som med kommunens godkendelse medfører, at arbejdsgiveren kan få refusion for dagpenge fra kommunen fra lønmodtagerens første sygedag.

De bedes venligst medbringe denne anmodning samt vedlagte blanket til lægen. Attestudstedelsen kræver normalt personligt fremmøde i lægens konsultation.

Med venlig hilsen

#### Kontaktperson

Navn - stilling HENRIETTE JEPSEN	
Træffetid Dagligt	Telefon 3247 1749

#### Kontaktperson

Navn - stilling	
Træffetid	Telefon

#### Kommune

Kommunens navn, adresse og telefonnummer (Stempel) Jobcenter Tårnby Amager Landevej 76 2770 Kastrup	Dato og underskrift 20-04-15	
EAN-lokationsnummer 5798009933737	Ordre-/rekvisitionsnummer	(Person)reference

## Attest vedrørende kronisk sygdom

Første fraværdsdag

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
Jobcenter Tårnby Amager Landevej 76 2770 Kastrup	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer



Udfyldes af lægen

## 1. Helbredsforhold

Diagnose - Latin og dansk	
Anses sygdommen for at være langvarig/kronisk	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Skønnes sygdommen at forøge fraværdsrisikoen i væsentlig omfang	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja
Den forøgede fraværdsrisiko forventes at være	<input type="checkbox"/> Varig <input type="checkbox"/> Tidsbe- grænset
Igangværende undersøgelse/behandling eller henvisning til behandling andetsteds (sygehus, speciallæge m.v.)	

## 2. Sygehusindlæggelse/ambulant behandling

Er lønmodtageren henvist til indlæggelse/ambulant behandling p.g.a. den oplyste sygdom	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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