

Skadeanmeldelse – Behandling af psykiske lidelser

017

Codan
Gammel Kongevej 60
1790 København V
Telefon 33 55 55 55
Fax 33 55 21 22
www.codan.dk

Navn:	_____	CPR-nr.
Adresse:	_____	Skadenr. (udfyldes af Codan)
Postnr. og by:	_____	Policenr. (udfyldes af Codan)
		Tlf. nr. hjemme
		Tlf. nr. arbejde

Ved gruppedækninger

Virksomhedens navn: _____

Ansattes navn:

Ansattes CPR-nr:

Spørgsmål	Svar
Hvilken lidelse skal du behandles for?	
Hvornår mærkede du de første symptomer på lidelsen?	
Hvornår søgte du første gang læge / psykolog for lidelsen? (dato, lægens / psykologens navn og adresse)	
Hvornår blev diagnosen stillet og af hvem? (dato, lægens / psykologens navn og adresse)	
Hvor og af hvem er du blevet behandlet for lidelsen? (datoer, navne og adresser)	
Har du tidligere været behandlet af læge, sygehus eller andre? (datoer, navne og adresser)	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja - hvis ja for hvilke lidelser:
Var du før den aktuelle lidelses udbrud fuldstændig rask og arbejdsdygtig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej – hvis nej hvorfor ikke:
Har du sundhedsforsikring i andet selskab?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvis ja: Policenr.: Selskab:
Er du medlem af Sygeforsikringen danmark ?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja – hvis ja, hvilken gruppe: <input type="checkbox"/> Basis <input type="checkbox"/> Gruppe 1 <input type="checkbox"/> Gruppe 2 <input type="checkbox"/> Gruppe 5 <input type="checkbox"/> Operationsdækning
Pengeinstitut	Oplys venligst reg.nr og kontonr. i dit pengeinstitut til brug for evt. skadeudbetaling. Oplysningerne behandles fortroligt. Ønskes udbetalingen pr. check beregnes gebyr.
	Reg.nr. _____ Kontonr. _____
Underskrift	Jeg erklærer, at mine besvarelser er i fuld overensstemmelse med sandheden. Jeg er klar over, at urigtige oplysninger eller fortielse kan medføre, at erstatningen nedsættes eller bortfalder. Jeg giver samtykke til, at Codan indhenter oplysninger om mine helbredsforhold. Der kan indhentes oplysninger der er nødvendige for bedømmelse af forsikringsbegivenheden og fastsættelse af erstatningen. Samtykket omfatter alene helbredsoplysninger fra tegningstidspunktet for forsikringen til tidspunktet for den endelige fastsættelse af erstatningen. Når supplerende helbredserklæring afgives af læger, anvendes en nærmere aftalt erklæring, som suppleres med kopi eller uddrag af relevant journalmateriale, hvis Codan ønsker det. Oplysningerne kan hentes hos autoriserede sundhedspersoner, sygehuse og sundhedsmæssige institutioner, offentlige myndigheder, Arbejdsskadestyrelsen samt hos forsikrings-selskaber/pensionskasser. Og disse kan gøres bekendt med de indhentede oplysninger.

Sted og dato	Forsikredes underskrift

NB: Husk, at psykologen/psykiateren skal udfylde side 2.

Behandlingsoverslag fra
psykolog/psykiater

Codan
Gammel Kongevej 60
1790 København V
Telefon 33 55 55 55
Fax 33 55 21 22
www.codan.dk

Patientens navn: _____ CPR-nr.: _____

Spørgsmål	Svar	
Hvornår kom patienten under din behandling?		
Hvilken diagnose skal patienten behandles for?		Eventuel WHO-kode:
Hvilken behandling skal udføres?		
Skønnede behandlingsudgifter?	Antal behandlinger i alt: Pris pr. behandling:	
Eventuelle bemærkninger:		
Stempel og underskrift		
Psychologens/Psykiaterens CPR-nr./Cvr-nr.:		
_____	_____	_____
Psychologens/Psykiaterens stempel	Dato	Underskrift