**FP 230 HIV Antistof attest**

**Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv.**

**Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.**

Navn:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HIV\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CPR-nr.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Til forsikringssøgende:**

* I anledning af din ansøgning om personforsikring udbedes en HIV-antistoftest.
* Du bedes henvende dig til en læge for at få udtaget blodprøve og få udfyldt denne attest.

|  |
| --- |
|  **Til lægen:** * I forbindelse med ovennævntes forsikringsbegæring ønskes en HIV-antistoftest.
* Der udtages en blodprøve, som sendes til Statens Seruminstitut eller et andet laboratorium sammen med rekvisitionsblanket

“VIRUS” (blanket 2). Forsikringsselskabet betaler HIV-testen efter fremsendelse af regning (påført den testedes navn og CPRnr.). * Efter modtagelsen af prøvens resultat påføres Seruminstituttets svar nedenfor. Såfremt der i svaret udbedes fornyet prøve, bedes lægen foranledige denne udtaget og dette prøveresultat påføres attesten.
* Attesten må ikke videresendes til forsikringsselskabet uden den forsikringssøgendes accept (jf. nedenstående erklæring 4).
 |

**Undersøgelse for HIV antistof**

|  |
| --- |
| Undersøgelsens konklusion:  * HIV-antistof ikke påvist. Blodprøven er udtaget den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* HIV-antistof påvist. Prøveresultat dateret den:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Blodprøven er udtaget af ovennævnte under min kontrol, og denne attest er udfærdiget af mig i nøje overensstemmelse med det faktiske resultat.      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Dato CPR-nr./CVR-nr. Lægens underskrift og stempel  |

**Forsikringssøgendes accept i lægens nærværelse**

Jeg giver herved tilladelse til, at attesten må videresendes til det forsikringsselskab, hvor jeg søger forsikring.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dato Underskrift

Attesten bedes sendt i lukket kuvert mærket ”attest” til lægen ved:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Selskabets navn og adresse

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser. 04.02.18.02