

LÆGERKLÆRING

Udfyldes og underskrives af læge

INDSENDES TIL PRAGUE WEEK som beskrevet i betingelserne



Patientens navn:

Ordrenummer:

**Afbestillingen
gælder for rejse til:**

Bestillingsdato:

Afrejsedato:

Sted og dato for den undersøgelse / behandling, som ligger til grund for udfærdigelsen af denne attest:

**Undersøgelsesresultat/
diagnose:**

Fortsættes på næste side



Lægeerklæring, side 2/2

UDFYLDES ALTID (SÆT KRYDS):

JA / NEJ:

Ja: Nej: **Jeg fraråder al rejse, da patientens (den rejsendes) tilstand indebærer, at rejsen ikke kan gennemføres uden mén.**

Ja: Nej: **Jeg fraråder ikke patienten at rejse.**

Patientens (den rejsendes) tilstand udgør ingen hinder for rejsen

Ja: Nej: **Graviditet.**

(OBS: udgør ingen hinder for rejsen)

JA / NEJ:

Ja: Nej: **Sygdommen er akut.**

Ja: Nej: **Patientens sygdom er kronisk, og var kendt på bestillingstidspunktet og udgjorde på daværende tidspunkt ingen hinder for rejsen.**

Ja: Nej: **Tilstanden er nu forværret, på en måde som ikke var mulig at forudse på bestillingstidspunktet / var mulig at forudse på bestillingstidspunktet (stryg det ikke nødvendige).**

Ja: Nej: **Intet af det ovenstående kan anvendes.**

Lægens informationer: _____

Navn:

Titel:

Tlf:

Denne erklæring skal sendes med posten til nedenstående adresse. Erklæringen skal være os i hænde senest 10 dage efter planlagt afrejsedato.

Prague Week v/ WOPL ApS
Schlepppegrellsgade 18
9000 Aalborg
DENMARK

www.pragueweek.dk
info@pragueweek.dk
Medlem af Rejsegarantifonden
Register nr.: 2706
CVR-nr.: 37656739

Lægens underskrift og stempel:

(lægeerklæringen er ikke gyldig uden stempel)



Prague Week