

Sendes til	Oplyses ved henvendelse	
	Personnummer	
	Anmodning om attest vedrørende sygdom i forbindelse med graviditet eller risiko for fosterskader (pga. arbejdets særlige karakter)	

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

De bedes kontakte os, hvis det ikke er muligt at kontakte lægen for tidsbestilling inden (frist minimum: d.d. + 6 dage)	Dato
Sidste frist for kommunens modtagelse af den udfyldte attest er (frist minimum: d.d. + 15 dage efter dato for tidsbestilling) (Forsinkelse af attesten kan medføre standsning af evt. udbetaling)	Dato

Årsag til anmodningen

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	
Træffetid	Telefon

Kontaktperson

Navn - stilling	
Træffetid	Telefon

Kommune

Kommunens navn, adresse og telefonnummer (Stempel)	Dato og underskrift	
EAN-lokationsnummer	Ordre-/rekvisitionsnummer	(Person)reference