

Attest vedr. sygdom i forbindelse med graviditet **eller** risiko for fosterskader

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer

1. Almindelige graviditetsoplysninger

Oplysning om hvorledes graviditeten hidtil er forløbet, kvindens helbredstilstand, sygdomstilfælde i forbindelse med graviditeter/aborter		
Første fraværsdag	Forventet fødselstidspunkt	Dato

enten 2. Sygdom i forbindelse med graviditeten

Diagnose - Latin og dansk		
Er der risiko for kvindens helbred eller for fosteret ved fortsat erhvervsarbejde <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Sygdommen medfører <input type="checkbox"/> fuld uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/> delvis uarbejdsdygtighed <input type="checkbox"/> ingen påvirkning af arbejdsdygtigheden		Antal dage/uger/mdr.
Forventet varighed fra dags dato		
Supplerende oplysninger		

eller 3. Risiko for fosterskader pga. arbejdets særlige krakter

Oplysninger om arbejdssted	Oplysninger om arbejdsfunktioner
Skønnes der at være risiko for fosteret <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvis ja, angiv risikoperiodens formodede længde
Formodede/konstaterede risikofaktorer art og styrke m.v.	
Har lægen haft kontakt med (sæt x hvis ja) <input type="checkbox"/> Bedrifts-sundhedstjenesten <input type="checkbox"/> Arbejdsmedicinsk klinik <input type="checkbox"/> Arbejdstilsynet	

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