

LÄKARINTYG

Ifylls och underskrivs av läkare

SKICKAS TILL PRAGUE WEEK - som beskrivet i villkoren



Patientens namn:

Beställningsnummer:

**Avbeställning
gäller för resa till:**

Beställningsdatum:

Avresedatum:

Plats och datum för den undersökning/behandling som ligger i grund för utfärdandet av detta intyg:

**Undersökningsresultat/
diagnos:**

Fortsättning på nästa sida



Läkarintyg, sida 2/2

UTFYLLS ALLTID (SÄTT KRYSS):

JA / NEJ:

Ja: Nej: **Jag avråder resa, då patientens (den resandes) tillstånd innebär att resan inte kan genomföras utan men/skada.**

Ja: Nej: **Jag avråder inte patienten att resa.**
Patientens (den resandes) tillstånd utgör inget hinder för resan.

Ja: Nej: **Graviditet.**
(OBS: Utgör inget hinder för resan)

JA / NEJ:

Ja: Nej: **Sjukdomen är akut.**

Ja: Nej: **Patientens sjukdom är kronisk, och var känd vid beställningstidpunkten och utgjorde på dåvarande tidpunkt inget hinder för resan.**

Ja: Nej: **Tillståndet är nu förvärrat på ett sätt som inte var möjligt att förutse på beställningstillfället /var möjligt att förutse på beställningstillfället (stryk det inte nödvändiga).**

Ja: Nej: **Ingen av de ovanstående kan användas.**

Läkarens information: _____

Namn:

Titel:

Tel.:

Detta intyg ska skickas med post till nedstående adress. Intyget ska vara oss tillhanda senast 10 dagar efter planlagt avresedatum.

Prague Week v/ WOPL ApS
Schlepppegrellsgade 18
9000 Aalborg
DENMARK

www.pragueweek.se
info@pragueweek.se
Medlem av Rejsegarantifonden
Register nr.: 2706
CVR: 37656739

Läkarens underskrift och stämpel:
(Läkarintyget är inte giltigt utan stämpel)



Prague Week