

OPPLYSNINGER SOM ATTESTER/ERKLÆRINGER OM SØKERS HELSETILSTAND BØR INNEHOLDE

Denne veiledning kan du bringe med til lege eller annet helsepersonell, som du ønsker skal utarbeide helseerklæring for deg.

Punktene 1 – 8 nedenfor er sentrale når det gjelder krav til innhold for ulike attester/erklæringer. Disse punktene er imidlertid ikke å anse som absolutte krav til enhver attest/erklæring. Punktene er ment som et hjelpemiddel for helsepersonell som utsteder attester/erklæringer, samtidig som de skal bidra til at mottager lettere kan vurdere om attesten/erklæringen er tilstrekkelig for formålet.

1. Hvem har skrevet attesten/erklæringen og hvem omhandler attesten/erklæringen

Opplysninger om helsepersonellens navn, stilling, adresse og telefonnummer, samt tilsvarende opplysninger om pasientens navn, fødselsdato, adresse og telefonnummer.

2. Beskrivelse av relasjon/kontakt mellom helsepersonellet som utsteder

attesten/erklæringen og den attesten/erklæringen gjelder
Sentralt under dette punktet vil være hvor lenge helsepersonellet har kjent den person attesten/erklæringen gjelder. I denne forbindelse er det relevant med opplysning om helsepersonellet er vedkommendes behandler, eller om helsepersonellet opptrer som sakkyndig uten tidligere kontakt/relasjon med personen.

3. Erklæringens oppdragsgiver, adressat, formål og mandat

Oppdragsgiver og adressat kan være forskjellige personer. I noen tilfeller vil det være pasienten som ber om attest/erklæring til bruk for et bestemt formål og overfor en bestemt mottager. I andre tilfeller kan helsepersonellet være engasjert for å avgi en sakkyndig vurdering for oppdragsgiveren, for eksempel et forsikringsselskap.

4. Redegjørelse for det faktum erklæringen bygger på

Sammendrag av pasientens sykehistorie er sentralt i attester/erklæringer, herunder faktum om den hendelse som foranlediger ønsket om attest/erklæring. Når det gjelder detaljerte krav til hvilket faktum som bør være med i ulike attester/erklæringer og hvor omfattende og detaljert gjengivelsen av sykehistorien bør være, kan det variere fra sak til sak. Angivelse av hvilke opplysninger som stammer fra pasienten selv og hvilke opplysninger som eventuelt kommer fra andre kilder, vil være sentralt i ulike attester/erklæringer. Hvilke dokumenter en attest/erklæring bygger på er også relevant.

5. Beskrivelse av undersøkelser som er foretatt av personen, dokumenter osv.

Det vil ofte være sentralt å redegjøre for helsepersonellens arbeidsmetode i forbindelse med utstedelse av attest/erklæring. Spørsmål av betydning i denne sammenheng kan være om helsepersonellet har hatt samtaler med personen, eventuelt hvor mange. Er personen undersøkt eller bygger erklæringen bare på skriftlig materiale? Tid og sted for eventuelle undersøkelser bør også angis. Hvem var til stede under undersøkelsen?

6. Vurdering

Vurderingstemaet vil være forskjellig, alt etter hva slags sak det dreier seg om. Hvis det er utarbeidet et mandat for oppdraget, fremgår det av mandatet hva som er vurderingstemaet. I vurderingsdelen er det viktig å skille mellom hva som er referat/beskrivelse og hva som er vurderinger/kommentarer.

7. Konklusjon

De fleste attester/erklæringer skal besvare konkrete problemstillinger og spørsmål, eller konkludere i forhold til om en helsetilstand foreligger eller ikke. Dersom det er utarbeidet særskilt mandat for oppdraget, vil det normalt fremgå av mandatet hvilke problemstillinger eller spørsmål det skal konkluderes i forhold til.

8. Dato og underskrift

Attester/erklæringer skal dateres og underskrives av den som avgir den.