

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

Patienterstatningen

- behandlings- og lægemiddelskader

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Lægen bedes sende underarmsskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.10.02)

Lægen kan udfylde skemaet på en af to følgende måder:

Digitalt: Du kan udfylde og sende skemaet digitalt. Du henter det digitale skema på vores hjemmeside www.pebl.dk, søg på ordet invaliditetsattester.

Manuelt: Du kan udfylde skemaet i hånden og sende det til Patienterstatningen med brev, via fax eller med sikker mail til pebl@patienterstatningen.dk

Underarm

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1. I hvilken arm er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Er patienten venstre- eller højrehåndet?	<input type="checkbox"/> venstrehåndet	<input type="checkbox"/> højrehåndet	
3. Hvor på underarmen sad bruddet?			
4. Er der solid heling? Er brudstedet ømt?			
5. Er der stillingsforandring på brudstedet? I så fald hvor stor? Og i hvilken retning?			
6. Hvordan er bevægeligheden i håndleddene? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Volart (0-80°)		
	Dorsalt (0-80°)		
	Radialt (0-15°)		
7. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebewægelser? (Målt i grader)	Ulnart (0-30°)		
	Flexion (0-150°)		
	Supination (0-90°)		
8. Er fingrene frit bevægelige? Hvis ikke, hvor tæt til håndfladen føres finger- Spidserne da ved stærkest knytning?	Pronation (0-90°)		

Navn:

sagsnummer:

I hvilket led er der nedsat bevægelighed?			
9. Er der muskelsvind: (på mere end 1 cm)	Omfangsmål	Venstre	Højre
a) ved underarmens rod?		cm	cm
b) af håndens muskler? (Handskemål)		cm	cm
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang?			
11. Bevæges skulderleddet frit?		Venstre	Højre
Hvis ikke, hvor mange grader bevæges? (Med frit skulderblad)	Fremad-opad (0-180°)		
	Udad-opad (0-180°)		
12. Er der føleforstyrrelser? (hvis ja: hvor?)			
13. Hvilke klager har patienten?			
14. Er der foretaget røntgenundersøgelse?			
Hvis ja: hvor og hvornår?			
15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			

16. Eventuelle bemærkninger:

17. Undersøgelsens dato:

Lægens bankforbindelse:

reg. nr.: _____ kontonr.: _____

Navn:

sagsnummer:

den

Lægens SE-nr./CVR-nr.:

Stempel