

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 fingerskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.04.02)

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

Fingre

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

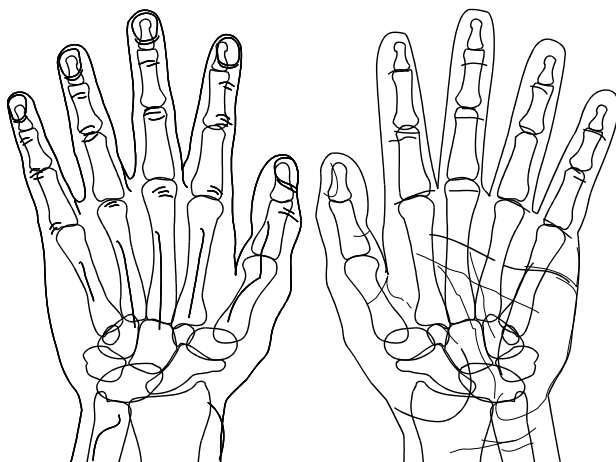
1. Er patienten venstre- eller højrehåndet?

venstrehåndet

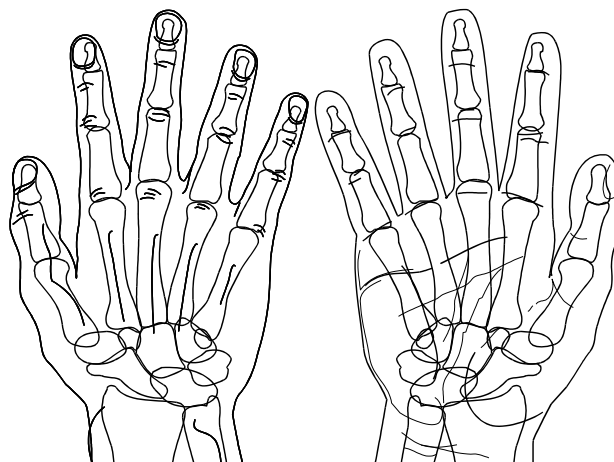
højrehåndet

2.

Venstre



Højre



Amputationer, ar, sensitibilitetsforstyrrelser o.s.v. afmærkes på ovenstående tegning.

Bevægelighed i fingerled (i grader) – alle felter skal udfyldes
(Bøjning på 100° fra fuld strækning betegnes 0° - 100°)

Tommel				Tommel			
Grundled (0-50°)	Yderled (0-80°)	Rodled-sammenlagt Bøjning Strækning (45-45°)	Ind- udadfø- ring (40-40°)	Grundled	Yderled	Rodled-sammenlagt Bøjning strækning	Ind- udadfø- ring
-	-	-	-	-	-	-	-
Tommelfingerens afstand ved opposition mod				Tommelfingerens afstand ved opposition mod			
	II	III	IV	IV	V		
Spids	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Basis	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm

Navn:

sagsnummer:

Øvrige fingre				Øvrige fingre				
Grundled (0-90°)	Midterled (0-110°)	Yderled (0-80°)	Afstand til håndflade ved håndknytning*	Grundled	Midterled	Yderled	Afstand til håndflade ved håndknytning	
II	-	-	cm	-	-	-	cm	II
III	-	-	cm	-	-	-	cm	III
IV	-	-	cm	-	-	-	cm	IV
V	-	-	cm	-	-	-	cm	V

* fra fingerspids til distale bøjefure i håndflade

3. Er der muskelsvind: (større end 1 cm) a) ved underarmens rod? b) af hånden muskler? (Handskemål)	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
		cm	cm
4. Er der tegn på læsion af føleenerver? (markeres på illustrationen i pkt. 2)			
5. Er håndtrykkraften nedsat og da i hvilket omfang?			
6. Hvordan er bevægeligheden i håndleddene? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Volart (0-80°)		
	Dorsalt (0-80°)		
	Radialt (0-15°)		
	Ulnart (0-30°)		
7. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebewægelser? (Målt i grader)	Flexion (0-150°)		
	Supination (0-90°)		
	Pronation (0-90°)		
8. Hvordan er bevægeligheden i skulderleddene?			
9. Hvilke klager har patienten?			
10. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?			
11. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			

Navn:

sagsnummer:

12. Eventuelle bemærkninger:

13. Undersøgelsens dato:

Lægens bankforbindelse:

reg. nr.: _____ kontonr.: _____

_____ den _____

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel