

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 knæskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.07.02)

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

Knæ

Patientens navn:

CPR-nr.:	Sagsnummer:		
1. I hvilket knæ er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Højre		
2. Er der ansamling i knæet?			
3. Er der omfangsforøgelse af knæet?	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
4. Er der knæk eller skurren i leddet? Findes det i det andet knæ?			
5. Er der ømhed ved palpation? Hvis ja: hvor?			
6. Er der normal passiv ekstension i knæleddet fra strakt stilling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej: hvor mange grader mangler i fuld strækning? (normal stræk 0-25° (overs-træk)) Er der normal passiv fleksion i knæleddet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)	Venstre	Højre	
	Venstre	Højre	
7. Er der løshed i knæet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja: a) Sideløshed? (Målt i grader) b) Løshed bagfra - fortil? (Let, moderat, svær) c) Abnorm rotation? (pivot shift og posterolateral instabilitet)			
	Venstre	Højre	

Navn:

sagsnummer:

8.	Er underbenets stilling forandret, hvis ja: hvordan? (F.eks. kalveknæ, hujben).		
9.	Bevæges benets andre led frit?		
10.	Er der muskelsvind: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja:		
a)	af læg? (tykkeste sted)	Venstre	Højre
b)	af lår (10 cm over knæskallen)	cm	cm
11.	Er der føleforstyrrelser?		
12.	Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).		
13.	Hvordan er kraften ved ekstension af knæet?	Venstre	Højre
14.	Hvilke klager har patienten?		
15.	Er der foretaget røntgenundersøgelse eller MR-skanning? Hvis ja: hvor og hvornår?		
16.	Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?		
17.	Eventuelle bemærkninger:		
18.	Undersøgelsens dato:		

Lægens bankforbindelse: reg. nr.: _____ kontonr.: _____

_____ den _____

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel