

Funktionsattest

AES 280 Brok

afgivet i henhold til Lov om arbejdsskadesikring §§ 35 og 37

| Udfyldes af rekvirenten | |
|--|------------------------|
| Navn på tilskadekomne:..... | Cpr.nr.: |
| Adresse:..... | Postnr.:..... By:..... |
| Stilling eller beskæftigelse:..... | |
| Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) journalnr.:..... | Skadedato:..... |
| Forsikringselskabets skadenummer:..... | |

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) eller forsikringselskabet, sendes til rekvirenten vedlagt lægens honorarregning.

| Udfyldes af den undersøgende læge | |
|---|--|
| 1 a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge? b) Hvis De ikke er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted) | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling? | Dato:..... (dag/måned/år) |
| 3 Hvad oplyser tilskadekomne, at der var årsag til brokkets fremkomst? | |
| 4 a) Hvornår oplyser den tilskadekomne at aktuelle ulykkestilfælde skete? b) Hvorledes beskriver tilskadekomne, at aktuelle ulykkestilfælde skete? c) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod? d) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom? | Dato:..... (dag/måned/år) |

| | |
|---|--|
| 5 Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)? | |
| 6 Diagnose angivet på dansk og latin | Diagnose på dansk Diagnose på latin |
| 7 Oplys den tilskadekomne: a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge? | NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?..... Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?..... |
| 8 Oplys den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvor?..... Hvornår?..... (dag/måned/år) |
| 9 Oplys den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 7 og 8? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor?..... Hvornår?..... (dag/måned/år) |
| 10 Oplys tilskadekomne, at der forud for aktuelle brok har været symptomer fra brokstedet? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Smerter Hvor?..... Hvornår?..... <input type="checkbox"/> Hævelse Hvor?..... Hvornår?..... <input type="checkbox"/> Andet Hvor?..... Hvornår?..... |

| | |
|--|---|
| <p>11 Skønner De, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den aktuelle skade/sygdom eller forværret dens følger?</p> | <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p> |
| <p>12 a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?</p> | <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: I hvilke perioder? Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p> |
| <p>13 Oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde, som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Fra hvilket tidspunkt oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde?</p> <p>Hvilket arbejde er den tilskadekomne overgået til (stillingsbeskrivelse)?</p> | <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år)</p> |
| <p>14 a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</p> <p>b) Hvorledes påvirker den aktuelle skade/sygdoms medicinske følger funktionsevnen?</p> <p>c) Anser De tilskadekomnes funktionsevne for blivende nedsat?</p> <p>d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade/sygdom og dermed på funktionsevnen?</p> | <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> |

| | |
|---|--|
| 15 Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadedekomne nu? | |
| 16 På hvilken side sidder brokket? | <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> I midtlinien <input type="checkbox"/> Anden placering |
| 17 Oplyser den tilskadedekomne at have smerter i hvile? | NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter |
| 18 Oplyser den tilskadedekomne at have smerter ved anstrengelse? | NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter |
| 19 Oplyser den tilskadedekomne at brokket altid er fremme? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20 Oplyser den tilskadedekomne at brokket kun er fremme i stående stilling? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21 Oplyser tilskadedekomne at brokket forsvinder i liggende stilling? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 22 Oplyser den tilskadedekomne at brokket kun kommer frem ved hoste eller anstrengelsen? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 23 Er brokket klinisk synligt? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 24 Hvilken type brok har tilskadedekomne? | <input type="checkbox"/> Lyskebrok (se punkt 26) <input type="checkbox"/> Navlebrok <input type="checkbox"/> Lårbrok <input type="checkbox"/> Arbrok <input type="checkbox"/> Anden form for brok (anfør hvilken)..... |
| 25 For lyskebrok ønskes om muligt oplyst om brokket er medialt eller lateralt) | <input type="checkbox"/> Lyskebrok er medialt <input type="checkbox"/> Lyskebrokket er lateralt <input type="checkbox"/> Ved ikke/uoplyst |
| 26 Hvor stort er brokket? | Brokket målercm op/ned i stående stilling Brokket målercm fra side til side stående stilling Brokket målercm i diameter |

| | | | |
|-----------|--|---------------|---|
| 27 | Hvor stor er brokningen (brokningen er det sted i bugmuskulaturen, hvorigennem brokket træder ud)? | | Brokningen målercm |
| 28 | Kan brokket sættes på plads (reponeres)? | NEJ JA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 29 | Er der tarmindehold i broksækken (broksækken er den hinde, som omgiver brokket)? | NEJ JA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 30 | Er broksækken tynd? | NEJ JA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 31 | Er der eller har der Dem bekendt været blod og/eller væskeudtrædning i brokområdet? | NEJ JA | Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Der er blod- og/eller væskeudtrædning i brokområdet <input type="checkbox"/> Der har ved tidligere undersøgelse været blod- og/eller væskeudtrædning i brokområdet (angiv hvornår)..... (dag/måned/år) |
| 32 | Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger? | | |
| 33 | Undersøgelsens dato: | | (dag/måned/år) |

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.
De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.

| | |
|--|---|
| <p>Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til patienten, samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget:</p> <p>..... Dato Lægens underskrift</p> <p>Nøjagtig adresse (stempel):</p> <p>SE-nr.:</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.:</p> | <p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p> |
|--|---|