

FP 460 Funktionsattest – Hofte og lår

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten:

Navn: _____

CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Skadenummer: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5a og 5b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

ddmm-yyyy

Udfyldes af den undersøgende læge

1	a) Er du patientens alment praktiserende læge?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, hvilken?
	c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2	Diagnose angivet på dansk og latin		1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin: 3. Dansk: 3. Latin:
3	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)? Hvis NEJ, fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? (dag/md/år)
4	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes: Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår? (Kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt) Med hvilket resultat?
5	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra hofte eller lår?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes: Hvilke?
	b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes: Hvilke?

forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?										
6	a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid								
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid								
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid								
	d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?									
7	Besvares kun, hvis patienten i punkt 6 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres.									
Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?										
8	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?									
9	Hvilken side/region er tilskadekommet?	<table border="0"> <tr> <td>Højre:</td> <td>Venstre:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hoftenært</td> <td><input type="checkbox"/> Hoftenært</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Midt på lårben</td> <td><input type="checkbox"/> Midt på lårben</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Knæenært</td> <td><input type="checkbox"/> Knæenært</td> </tr> </table>	Højre:	Venstre:	<input type="checkbox"/> Hoftenært	<input type="checkbox"/> Hoftenært	<input type="checkbox"/> Midt på lårben	<input type="checkbox"/> Midt på lårben	<input type="checkbox"/> Knæenært	<input type="checkbox"/> Knæenært
Højre:	Venstre:									
<input type="checkbox"/> Hoftenært	<input type="checkbox"/> Hoftenært									
<input type="checkbox"/> Midt på lårben	<input type="checkbox"/> Midt på lårben									
<input type="checkbox"/> Knæenært	<input type="checkbox"/> Knæenært									
10	a) Er benet forkortet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes:								
	b) Er benets stilling forandret? (fx udadroteret)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <table border="0"> <tr> <td>Antal cm:</td> <td>Antal cm:</td> </tr> <tr> <td>Hvordan?</td> <td>Hvordan?</td> </tr> <tr> <td>..... (fx grader)</td> <td>..... (fx grader)</td> </tr> </table>	Antal cm:	Antal cm:	Hvordan?	Hvordan? (fx grader) (fx grader)		
Antal cm:	Antal cm:									
Hvordan?	Hvordan?									
..... (fx grader) (fx grader)									
11	a) Er bevægeligheden i hofteleddene normal?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis NEJ , udfyldes:								
		Strækning (ext.) (normal 0/10°)	Højre Venstre							
		Bøjning (flex.) (norm 0-130°)							
		Udadføring (abduction) (norm 0-45°)							

		Indadføring (adduction) (norm 0-30°)										
		Udadrotation (norm 0-45°)										
		Indadrotation (norm 0-40°)										
b) Er bevægeligheden i knæleddet normal?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , udfyldes:										
		Strækning/bøjning (flexion) (norm 0-140°)										
c) Er der skurren i knæet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <table style="display: inline-table; vertical-align: top; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 30%;">Højre:</td> <td style="width: 30%;">Venstre:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Let skurren</td> <td><input type="checkbox"/> Let skurren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Moderat skurren</td> <td><input type="checkbox"/> Moderat skurren</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Svær skurren</td> <td><input type="checkbox"/> Svær skurren</td> </tr> </table>			Højre:	Venstre:	<input type="checkbox"/> Let skurren	<input type="checkbox"/> Let skurren	<input type="checkbox"/> Moderat skurren	<input type="checkbox"/> Moderat skurren	<input type="checkbox"/> Svær skurren	<input type="checkbox"/> Svær skurren
Højre:	Venstre:											
<input type="checkbox"/> Let skurren	<input type="checkbox"/> Let skurren											
<input type="checkbox"/> Moderat skurren	<input type="checkbox"/> Moderat skurren											
<input type="checkbox"/> Svær skurren	<input type="checkbox"/> Svær skurren											
12	a) Er der synligt muskelsvind af sædemuskler?	NEJ JA										
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:		Højre							
			<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let	Venstre							
			<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat								
		<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær									
	b) Er der målbart muskelsvind af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm):								
	c) Er der målbart muskelsvind af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm):								
13	Bevæges fodled og tæer frit?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NEJ JA									
14	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Omfang og placering:									
15	Er der føleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor:									
16	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?											
17	Eventuelle bemærkninger?											
18	Undersøgelsens dato (dag/md/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.

Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

.....
Dato

.....
Lægens underskrift

Nøjagtig adresse (stempel):

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser. 04.05.46.04