

# FP 500 Funktionsattest – Øje

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 forsikrings-selskabet/revirenten:

Navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Stilling: \_\_\_\_\_

Skadenr.: \_\_\_\_\_

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 8a og 8b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

<b>1</b>	a) Er du den øjenlæge, som skadelidte normalt konsulterer?  b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken? ..... .....
<b>2</b>	Hvornår kom den skadelidte under din behandling?		Dato:..... (dag/måned/år)
<b>3</b>	a) Hvilke klager/symptomer oplyser den skadelidte, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom?  b) Hvornår oplyser den skadelidte, at de første symptomer opstod?		Dato:..... (dag/måned/år)
<b>4</b>	Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt du hos den skadelidte, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?		
<b>5</b>	a) Diagnose angivet på dansk og latin:  b) Hvilket øje er skadet?		1. Dansk:  1. Latin:  <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Begge
<b>6</b>	Oplyser den skadelidte:  a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hos hvilken speciallæge?  Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?.....

	b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hos hvilken speciallæge?
<b>7</b>	Oplyser den skadelidte at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor? Hvornår?..... (dag/måned/år)
<b>8</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra øjnene?  b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?  Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
<b>9</b>	Hvilke klager/symptomer fremfører den skadelidte nu?		
<b>10</b>	Hvis skadelidtes synsstyrke før aktuelle skade/sygdom er dig bekendt, bedes denne anført (angivet som synsbræk for begge øjne) Hvis skadelidte bruger briller eller kontaktlinser, skal disse anvendes under målingen af synsstyrken		Synsstyrken (synsbræk) <b>før</b> aktuelle skade/sygdom. Synsstyrke på højre øje ..... Synsstyrke på venstre øje .....
<b>11</b>	Oplyser den skadelidte at have smerter i øjet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
<b>12</b>	Er den skadelidte blind (manglende synssans) på det ene øje?  <b>Hvis JA, skal 13, 14, 15 og 16 ikke besvares</b>	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>13</b>	Oplyser den skadelidte at have nedsættelse af synet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>14</b>	Oplyser den skadelidte at have dobbeltsyn?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>15</b>	Oplyser den skadelidte at have tåreflåd?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>16</b>	Oplyser den skadelidte at have blænding?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>17</b>	Oplyser den skadelidte at have irritation i øjet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>18</b>	Oplyser den skadelidte andre symptomer?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke symptomer?

