

FP 430 Funktionsattest – Skulder, overarm og albue

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: _____

Skadenr.: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 6a og 6b 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	a) Er der noget klinisk at påvise ved inspektion og palpation af skulderen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvorledes?
	b) Er der noget klinisk at påvise ved inspektion og palpation af albue?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvorledes?
	Besvares kun ved brud: c) Er der noget klinisk at påvise ved inspektion og palpation af brudsted?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvorledes?

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?

Er der foretaget artroskopi af skulder- og/eller albueledet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvornår?.....
--	--	---

5		(dag/md/år)																				
			Behandlingssted?																			
6	<p>a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra skulder, overarm eller albue?</p> <p>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?</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke? Hvis JA , udfyldes: Hvilke?																			
7	<p>a) Oplyser patienten at have genoptaget arbejdet eller de daglige funktioner?</p> <p>7 b) eller 7 c) udfyldes kun, hvis Nej til 7 a):</p> <p>b) Kan du på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan varetage sit arbejde?</p> <p>c) Kan de på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan varetage sine daglige funktioner fuldt ud? (Besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)</p>	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Ca. fra dato:..... (dag/md/år) <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid Ca. fra dato:..... (dag/md/år) <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid Ca. fra dato:..... (dag/md/år)																			
8	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?																					
9	Hvilken region er tilskadekommet (evt. brud)?	<input type="checkbox"/> Skulder <input type="checkbox"/> Overarm <input type="checkbox"/> Albue																				
10	a) Er patienten højrehåndet/venstrehåndet? b) Hvilken side er tilskadekommet?	<input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Venstrehåndet <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre																				
11	Bevæges skulderleddet normalt (med frit skulderblad)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , hvordan er bevægeligheden: <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Højre</th> <th style="text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0 - 180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0 - 180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0 - 40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrøjning (norm 0 - 60°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrøjning (norm 0 - 90°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </tbody> </table>			Højre	Venstre	Fremad-opad (norm 0 - 180°)	Udad-opad (norm 0 - 180°)	Bagud (norm 0 - 40°)	Udaddrøjning (norm 0 - 60°) (med vandret underarm)	Indaddrøjning (norm 0 - 90°) (med vandret underarm)
	Højre	Venstre																				
Fremad-opad (norm 0 - 180°)																				
Udad-opad (norm 0 - 180°)																				
Bagud (norm 0 - 40°)																				
Udaddrøjning (norm 0 - 60°) (med vandret underarm)																				
Indaddrøjning (norm 0 - 90°) (med vandret underarm)																				
12	Er bevægeligheden i albueleddene inklusiv underarmens drejebevægelse normal?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , hvordan er bevægeligheden nedsat? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Højre</th> <th style="text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udad rotation (supination)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Højre	Venstre	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)	Udad rotation (supination)											
	Højre	Venstre																				
Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)																				
Udad rotation (supination)																						

		(norm 0 - 90°)
		Indad rotation (pronation) (norm 0 - 90°)
13	Er der skurren i leddet?	NEJ JA	Hvis JA , hvor er der skurren?	
	a) Skulderled	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Højre	Venstre
	b) Skulder-kravebensled (AC-led)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Albueled	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Bevæges hånden og fingre frit?	NEJ JA	Hvis NEJ , udfyldes:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilke indskrænkninger findes?	
15		NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:	
	a) Er der synligt muskelsvind af skulderrunding (deltoideus)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Højre	Venstre
			<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
			<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
			<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær
	b) Er der målbart muskelsvind af overarm (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)
c) Er der målbart muskelsvind af underarm (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)
d) Er der synligt muskelsvind af håndens muskler?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
			<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
			<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær
16	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	I hvilket område?	
17	Skønner du, at håndtrykkraften er normal?	NEJ JA	Hvis NEJ , udfyldes:	
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Højre	Venstre
			<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
			<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
		<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær	

18 Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	NEJ	JA	Hvis JA , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Hvis NEJ , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? (dag/md/år)
19 Eventuelle bemærkninger?			
20 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.

04.05.43.04