

# 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

## Hofte

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1. I hvilken hofte er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Er der fortykkelse af knogle- eller bløddele ved hoften?			
3. Er den store lårbenskno (trochanter) stilling forandret?			
4. Er benets stilling forandret? (F.eks. udadroteret, adduceret i hoften og da hvor mange grader).			
5. Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?			
6. Hvordan er bevægeligheden i hofteledet? (målt i grader fra strakt stilling)		Venstre	Højre
	Strækning (20°)		
	Bøjning (120°)		
	Udadføring (60°)		
	Indadføring (30°)		
	Udaddrøjning (60°)		
7. Er der skurren i hofteledet?	Venstre	Højre	
8. Bevæges knæledet frit?  Er der skurren i leddet?	Venstre	Højre	
9. Bevæges benets andre led frit?			
10. Er der muskelsvind:  a) af læg?  b) af lår? (10 cm over knæskallen)	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
		cm	cm

Navn:

sagsnummer:

c) af sædemusklen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
11. Er der føleforstyrrelser?	
12. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).	
13. Hvilke klager har patienten?	
14. Er der foretaget røntgenundersøgelse?  Hvis ja: hvor og hvornår?	
15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	

16. Eventuelle bemærkninger:

17. Undersøgelsens dato:

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lægens CPR-nr./SE-nr./CVR-nr.: \_\_\_\_\_

Stempel

Lægen bedes sende hofteskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.02.02)