

FP 490 Funktionsattest – Tær, mellemfod, fodrod

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

 ddm-yy

Udfyldes af den undersøgende læge

1	a) Er du patientens alment praktiserende læge? 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?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , hvilken? NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Diagnose angivet på dansk og latin:	1. Dansk: 1. 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? Med hvilket resultat?
5	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra tær – mellemfod - fodrod? b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke? NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes:

forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	Hvilke?	
<p>6</p> <p>a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister og børn)?</p> <p>c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?</p> <p>d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>
<p>7</p> <p>Besvares kun hvis patienten i punkt 6 har oplyst at der er funktioner, der ikke kan udføres.</p> <p>Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?</p>		
<p>8</p> <p>Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?</p>		
<p>9</p> <p>a) Hvilken side er tilskadekommet?</p> <p>b) Hvilken region er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p> <p><input type="checkbox"/> tå <input type="checkbox"/> Mellemfod <input type="checkbox"/> Fodrod</p>	
<p>10</p> <p>Ledskred?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, angiv hvor?</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 2 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)</p>
<p>11</p> <p>Brud?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, angiv hvor bruddet sad på knoglen?</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 2</p>

	<input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distalt <input type="checkbox"/> Midten <input type="checkbox"/> Proksimalt <input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)																		
12 Amputationer?	<p>NEJ JA Hvis JA, angiv hvor?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 2 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled <input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distalt <input type="checkbox"/> Midten <input type="checkbox"/> Proksimalt <input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)																		
13 a) Er fodleddets bevægelighed normal? b) Er bagfodens drejebevægelse normal? (pronation og supination af foden)	<p>NEJ JA Hvis NEJ, udfyldes:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Let nedsat</td> <td><input type="checkbox"/> Let nedsat</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Moderat nedsat</td> <td><input type="checkbox"/> Moderat nedsat</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Svær nedsat</td> <td><input type="checkbox"/> Svær nedsat</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)	Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let nedsat	<input type="checkbox"/> Let nedsat		<input type="checkbox"/> Moderat nedsat	<input type="checkbox"/> Moderat nedsat		<input type="checkbox"/> Svær nedsat	<input type="checkbox"/> Svær nedsat
	Højre	Venstre																	
Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)																	
Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)																	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let nedsat	<input type="checkbox"/> Let nedsat																	
	<input type="checkbox"/> Moderat nedsat	<input type="checkbox"/> Moderat nedsat																	
	<input type="checkbox"/> Svær nedsat	<input type="checkbox"/> Svær nedsat																	

14	a) Er der løshed i fodgaflen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
	b) Er der fri bevægelighed i storetåens grundled?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , udfyldes: Bevæges op (dorsalflexion) (norm 0-45°)	.....	.....
15	Er der muskelsvind:	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
16	Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) omfang af underben (ankelnært)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) omfang af ankel?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	c) omfang af mellemfod		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
17	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Omfang og placering?		
18	a) Er der føleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor?		
	b) Er der puls i foden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvor?		
	Hvis nej til 17 b)				
	Har skadelidte dig bekendt sukkersyge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Har skadelidte dig bekendt åreforkalkning?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
19	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?				
20	Eventuelle bemærkninger?				
21	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.

04.05.49.03