

Funktionsattest

AES 420 Knæled

afgivet i henhold til Lov om arbejdsskadesikring §§ 35 og 37

Udfyldes af rekvirenten

Navn på tilskadekomne:..... Cpr.nr.:

Adresse:..... Postnr.:..... By:.....

Stilling eller beskæftigelse:.....

Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) journalnr.:..... Skadedato:.....

Forsikringssselskabets skadenummer:.....

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) eller forsikringssselskabet, sendes til rekvirenten vedlagt lægens honorarregning.

Udfyldes af den undersøgende læge

1

a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?

NEJ JA

b) Hvis De **ikke** er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)

.....
.....

2

Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?

Dato:.....
(dag/måned/år)

3

a) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom?

.....
.....
.....

b) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod?

Dato:.....
(dag/måned/år)

4

Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?

.....
.....
.....
.....
.....

5

Diagnose angivet på dansk og latin

Diagnose på dansk

Diagnose på latin

<p>6 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p>
<p>7 Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>8 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p>
<p>9 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 Oplyser den tilskadekomne, at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?</p> <p>Hvor?</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>

<p>15</p> <p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</p> <p>b) Hvorledes påvirker den aktuelle skade/sygdoms medicinske følger funktionsevnen?</p> <p>c) Anser De tilskadekomnes funktionsevne for blivende nedsat?</p> <p>d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade/sygdom og dermed på funktionsevnen?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p>16</p> <p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>17</p> <p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>
<p>18</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have knæsvigt/fornemmelse af instabilitet ved fx gang på trappe eller ujævnt underlag?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>19</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i knæleddet i hvile?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
<p>20</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i knæleddet ved belastning?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
<p>21</p> <p>a) Er der, eller har der efter det oplyste været aflåsningstilfælde?</p> <p>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</p> <p>b) Hvor ofte?</p> <p>c) Hvornår sidst?</p> <p>d) Forårsager de arbejdsafbrydelse?</p> <p>e) Har de medført sengeleje?</p> <p>f) Har de medført anden behandling?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor længe?:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor længe?:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilken?:</p>

22	a) Er der foretaget artroskopi af knæet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvornår?..... (dag/måned/år)		
			Behandlingssted?.....		
	b) Er der foretaget ledbåndsrekonstruktion i knæet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår?..... (dag/md/år)		
			Behandlingssted?.....		
	c) Er tilskadekomne henvist til yderligere lægelig vurdering?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår henvist?..... (dag/måned/år)		
			Behandlingssted?.....		
	d) Er der planlagt operation af tilskadekomne?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvornår forventes operation?..... (dag/måned/år)		
			Behandlingssted?.....		
23	Er der skurren i knæet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	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
24	Er der ømhed?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor?		
25	Er knæleddets bevægelighed nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
			Strækning/bøjning (normalt 0/140)
26	Er der abnorm bevægelighed i form af skuffeløshed?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	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
27	Er der abnorm bevægelighed i form af sideløshed?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	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
28	Er underbenets stilling forandret (fx kalveknæ, hjulben)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilken side og hvorledes?		

29	Er der muskelsvind: a) Af lår (10 cm over knæskallen)? b) Af læg (største omfang)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Omfangsmål (målt i cm) Omfangsmål (målt i cm)	Højre	Venstre
30	Er der bløddelshævelse af knæled, underben eller ankel? a) Omfang af knæled b) Omfang af fodled	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Omfangsmål (målt i cm) Omfangsmål (målt i cm)	Højre	Venstre
31	a) Bevæges hofteledet normalt? b) Bevæges fodledet normalt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , udfyldes: <input type="checkbox"/> Som følge af skaden på knæet <input type="checkbox"/> Af andre grunde <input type="checkbox"/> Som følge af skaden på knæet <input type="checkbox"/> Af andre grunde.....		
32	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Placering?.....		
33	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor?		
34	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?				
35	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?			

36

Undersøgelsens dato:

.....
(dag/måned/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.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til patienten, samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget:

.....
Dato.....
Lægens underskrift**Nøjagtig adresse (stempel):**

SE-nr.:

Giro/Bank Regnr. Kontonr.:

Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):