

FP 420 Funktionsattest - Brystryg og lænderyg

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 12a og 12b 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? 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	Hvornår kom den skadelidte under din behandling?	Dato: (dag/måned/år)
3	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)
4	Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt du hos den skadelidte, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?	
5	Diagnose angivet på dansk og latin:	1. Dansk: 1. Latin:
6	Oplyser den skadelidte: a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden undersøges/behandles	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hos hvilken speciallæge? Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)

	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?
7 Oplys den skadelidte at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvor? Hvornår?..... (dag/måned/år)
8 Oplys den skadelidte: a) at have været behandlet af fysioterapeut og/eller kiropraktor for aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut/kiropraktor?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: Hos hvem? Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet? (dag/måned/år) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvem?
9 Oplys den skadelidte: a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade/sygdom? b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilken medicin? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilken medicin?
10 Oplys den skadelidte at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?	Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor? Hvornår?..... (dag/måned/år)
11 Oplys den skadelidte, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)? (Kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning Hvor? Hvornår? (dag/måned/år) Hvor? Hvornår? (dag/måned/år)
12 a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra brystryg eller lænderyg? b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for det seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværrer dens følger?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke?

<p>13 a) Oplyser skadelidte at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser skadelidte, at arbejdet er genoptaget?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>I hvilke perioder?</p> <p>Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, da fra hvornår:..... (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>14 Oplyser den skadelidte at være overgået til andet arbejde, som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Fra hvilket tidspunkt oplyser den skadelidte at være overgået til andet arbejde?</p> <p>Hvilket arbejde er den skadelidte overgået til (stillingsbeskrivelse)?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>15 a) Påvirkes den skadelidtes 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 du skadelidtes 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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?</p>
<p>Hvilke klager/symptomer fremfører den</p>	

16	skadelidte nu?	
17	Oplyser den skadelidte at have smerter i ryggen i hvile?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
18	Oplyser den skadelidte at have smerter i ryggen ved belastning?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
19	Besvares kun, hvis der er svaret JA i spørgsmål 17 og/eller 18 Hvor ofte oplyser skadelidte at have ondt i ryggen?	<input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hyppigt, men ikke dagligt
20	Er der klager over føleforstyrrelser?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor? I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære
21	Er der klager over udstrålende smerter?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor?
22	Er der klager over vandladningsgener som følge af bryst-/lænderyg skaden?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære <input type="checkbox"/> Inkontinens
23	Er der klinisk normal bevægelighed i ryggen?	NEJ JA Hvis NEJ , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nedsat fremover <input type="checkbox"/> Nedsat bagud <input type="checkbox"/> Nedsat sidebøjning <input type="checkbox"/> Nedsat sidedrejning I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær
24	Hvor meget er finger-gulv-afstanden (FGA) med strakte knæled? cm fra fingerspids til gulv
25	Angives der ømhed ved klinisk palpation (gennemføling) af ryggen?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
26	Er der påvirkede reflekser?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patellar-refleks I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær <input type="checkbox"/> Achilles-refleks I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svære
27	Er der lammelse over fodledet (dropfod) med hanefjedsgang?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Partiel lammelse <input type="checkbox"/> Total lammelse <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Partiel lammelse <input type="checkbox"/> Total lammelse
28	Er der objektive føleforstyrrelser?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor?
29	Giver den skadelidtes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	
	Undersøgelsens dato:

30

(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.

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 registrering i henhold til lægens forretningsbetingelser.

04.05.42.03