

# FP 440 Funktionsattest – Underarm og håndled

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/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:

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

<b>1</b>	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?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	  Hvis <b>JA</b> , hvilken? ..... .....
<b>2</b>	Diagnose angivet på dansk og latin		1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:
<b>3</b>	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken behandling eller genoptræning? (kort beskrivelse)  Hvis <b>NEJ</b> , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? ..... (dag/md/år)
<b>4</b>	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår? (Kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)  Med hvilket resultat?
<b>5</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra underarm eller håndled?  b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilke?  Hvis <b>JA</b> , 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?																		
<b>6</b>	<p>a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?</p> <p>c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares <b>kun</b> 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><b>NEJ JA</b></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>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</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>																		
<b>7</b>	<p><b>Besvares kun hvis patienten i punkt 6 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres.</b></p> <p>Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?</p>																				
<b>8</b>	Hvilke klager fremfører patienten?																				
<b>9</b>	Hvor sidder skaden/sygdommen?		<input type="checkbox"/> Albuenært <input type="checkbox"/> Midt på underarm <input type="checkbox"/> Håndledsnært																		
<b>10</b>	<p>a) Er patienten højrehåndet/venstrehåndet?</p> <p>b) Hvilken side er tilskadekommet?</p>		<input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Venstrehåndet <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre																		
<b>11</b>	<p>a) Er der fejlstilling svarende til brudstedet? (Udfyldes <b>kun</b> ved brud)</p> <p>b) Er der hævelse?</p> <p>c) Er der ømhed?</p>	<p><b>NEJ JA</b></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>Hvis <b>JA</b> udfyldes:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Højre	Venstre																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<b>12</b>	Bevæges skulderleddene normalt (med frit skulderblad)?	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>NEJ</b>, hvordan er bevægeligheden:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0-180°) .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0-180°) .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0-40°) .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm) .....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrøjning (norm 0-90°) .....</td> <td>.....</td> <td>.....</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°) .....	.....	.....
	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)			
<b>13</b>	Er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebevægelser, normal ?	<b>NEJ</b>	Hvis <b>NEJ</b> , hvordan er bevægeligheden?		
		<b>JA</b>	Højre	Venstre	
		<input type="checkbox"/>	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)	.....	.....
		<input type="checkbox"/>	Udad rotation (supination) (norm 0 - 90°)	.....	.....
			Indad rotation (pronation) (norm 0 - 90°)	.....	
<b>14</b>	Er bevægeligheden i håndleddene normal?	<b>NEJ</b>	Hvis <b>NEJ</b> , hvorledes er bevægeligheden nedsat:		
		<b>JA</b>	Højre	Venstre	
		<input type="checkbox"/>	Opad (dorsalt) (norm 0-80°)	.....	.....
		<input type="checkbox"/>	Nedad (volart) (norm 0-80°)	.....	.....
			Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)	.....	.....
			Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)	.....	
<b>15</b>	Er der skurren i håndleddene?	<b>NEJ</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
		<b>JA</b>	Højre <input type="checkbox"/>	Venstre <input type="checkbox"/>	
<b>16</b>	Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?	<b>NEJ</b>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:		
		<b>JA</b>	Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?		
		<input type="checkbox"/>	Højre	Venstre	
		<input type="checkbox"/>	2. finger .....cm	..... cm	
		<input type="checkbox"/>	3. finger .....cm	.....cm	
		<input type="checkbox"/>	4. finger.....cm	.....cm	
<input type="checkbox"/>	5. finger.....cm	.....cm			
<b>17</b>	Er der muskelsvind:	<b>NEJ</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
		<b>JA</b>	Højre	Venstre	
		<input type="checkbox"/>	a) af overarm (største omfang)?	.....	.....
		<input type="checkbox"/>	b) af underarm (største omfang)?	.....	.....
		<input type="checkbox"/>	Let	<input type="checkbox"/> Let	
		<input type="checkbox"/>	Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat	
		<input type="checkbox"/>	Svær	<input type="checkbox"/> Svær	
	Er der føleforstyrrelser?	<b>NEJ</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
		<b>JA</b>			

<b>18</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I hvilket område?																				
<b>19</b>	Skønner du, at håndtrykkraften er nedsat? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>NEJ</b></td> <td style="width: 15%;"><b>JA</b></td> <td style="width: 40%;">Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</td> <td style="width: 15%;">Højre</td> <td style="width: 15%;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> </tr> </table>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre	<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
<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre																	
<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																	
<b>20</b>	Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;"><b>NEJ</b></td> <td style="width: 15%;"><b>JA</b></td> <td style="width: 40%;">Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Hvilke?</td> <td></td> </tr> </table>	<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilke?													
<b>NEJ</b>	<b>JA</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvilke?																			
<b>21</b>	Eventuelle bemærkninger?																				
<b>22</b>	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. 04.05.44.04