

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

Knæ

Patientens navn:			
CPR-nr.:		Sagsnummer:	
1. I hvilket knæ er der sket en skade?		<input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Højre	
2. Er der ansamling i knæet?			
3. Er der omfangsforøgelse af knæet?		Omfangsmål	
		Venstre	Højre
		cm	cm
4. Er der knæk eller skurren i leddet? Findes det i det andet knæ?			
5. Er der ømhed ved palpation? Hvis ja: hvor?			
6. Er der normal passiv ekstension i knæleddet fra strakt stilling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Venstre	Højre
Hvis nej: hvor mange grader mangler i fuld strækning? (normal stræk 0-25° (overstræk))			
Er der normal passiv fleksion i knæleddet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Venstre	Højre
Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)			
7. Er der løshed i knæet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Venstre	Højre
Hvis ja:			
a) Sideløshed? (Målt i grader)			
b) Løshed bagfra - fortil? (Let, moderat, svær)			
c) Abnorm rotation? (pivot shift og posterolateral instabilitet)			
8. Er underbenets stilling forandret, hvis ja: hvordan? (F.eks. kalveknæ, hjulben).			
9. Bevæges benets andre led frit?			
10. Er der muskelsvind: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		Venstre	Højre

Navn:

sagsnummer:

Hvis ja: a) af læg? (tykkeste sted) b) af lår (10 cm over knæskallen)	Omfangsmål		
		cm	cm
11. Er der føleforstyrrelser?			
12. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).			
13. Hvordan er kraften ved ekstension af knæet?	Venstre	Højre	
14. Hvilke klager har patienten?			
15. Er der foretaget røntgenundersøgelse eller MR-skanning? Hvis ja: hvor og hvornår?			
16. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			

17. Eventuelle bemærkninger:

18. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

_____ Lægens CPR-nr./SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel

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