

FP 450 Funktionsattest – Fingre

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 6a og 6b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

 ddmm-yyyy

Udfyldes af den undersøgende læge

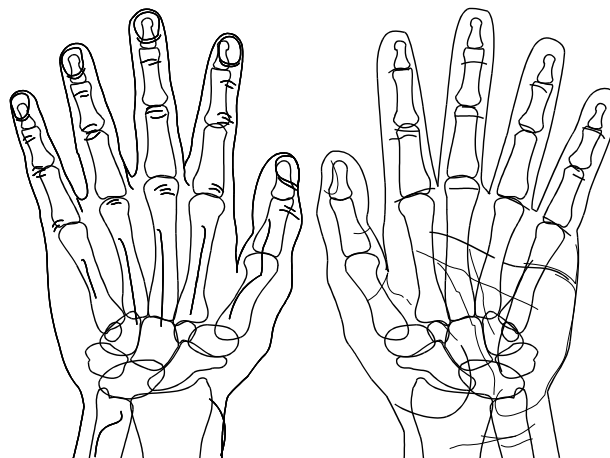
1	a) Er du patientens alment praktiserende læge? b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)? c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA Hvis JA , hvilken? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NEJ JA . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose angivet på dansk: _____ Diagnose angivet på latin: _____
3	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	NEJ JA Hvis JA , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis NEJ , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? (dag/md/år)
4	a) Er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt? Hvis JA til punkt 4a) besvares spørgsmål b): b) Hvilken dato er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dato:..... (dag/md/år) Arten af senest anvendt behandling:.....
5	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår?

		Med hvilket resultat?	
6	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra fingrene?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
	b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
7	a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?		
8	Besvares kun, hvis patienten i punkt 7 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres. Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?		
9	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?		
10	a) Er patienten højrehåndet/venstrehåndet?	<input type="checkbox"/> Højrehåndet	<input type="checkbox"/> Venstrehåndet
	b) Hvilken hånd er tilskadekommet?	<input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstre

11 Amputationer, ar, føleforstyrrelser, brud eller andet kan vises på denne tegning.

Beskrivelse af amputationer, ar og føleforstyrrelser kan om nødvendigt også ske i punkt 12, 13 og 14.

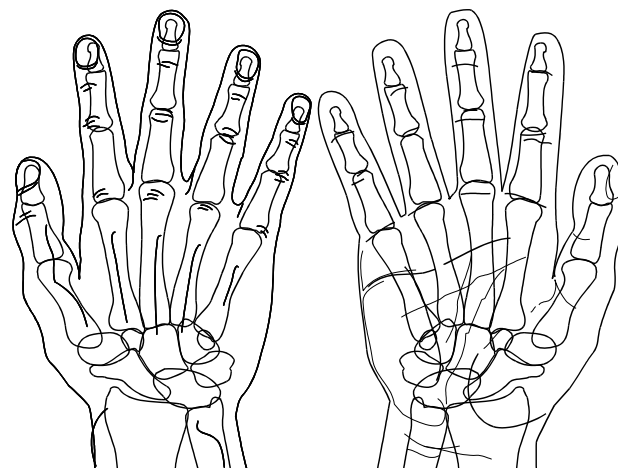
Venstre



Dorsalt

Volart

Høire



Dorsalt

Volart

12 Amputationer?

NEJ JA Hvis **JA**, hvilke fingre og hvilket niveau?

13 Er der ar?

NEJ JA Hvis **JA**, angives for hver tilskadekommen finger placering af ar (dorsalt - volart - radiale - ulnare):

14 Er der føleforstyrrelser?

NEJ JA Hvis **JA**, angives for hver tilskadekommen finger lokalisationen (Dorsalt - volart - radiale - ulnare):

		NEJ	JA		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Højre	Venstre
<p>15 Er der nedsat bevægelighed i fingrene?</p> <p>Hvis JA udfyldes skemaet til højre.</p> <p>Bevægeligheden anføres for både tilskadede og for kontralaterale fingre.</p> <p>Vedrørende tommelens rodled:</p> <p>"Tommel, rodled, op-ned" betyder måling af vinklen mellem 1. og 2. finger, når tommelfingeren bevæges fra planet ved siden af 2. finger til planet frem foran 2. finger.</p> <p>"Tommel, rodled, udadføring" betyder måling af vinkel mellem 1. og 2. mellemhåndsknogle, når tommelfingeren føres ud fra 2. fingeren. Måles med hånden liggende fladt på et bord.</p> <p>Bemærk: Ikke udfyldte felter for de enkelte fingre betyder, at de bevæges normalt.</p>					
	Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)	.....	.....
	Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)	.....	.....
	Tommel, grundled (norm 0-50°)	.....	.....
	Tommel, yderled (norm 0-80°)	.....	.....
	Afstand til 2. fingers basis (cm)	.....	.....
	Afstand til 5. fingers basis (cm)	.....	.....
	Øvrige fingre:				
	2. finger				
	Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
	Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
	Yderled (norm 0-90°)	.....	.....
	3. finger				
	Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
	Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
Yderled (norm 0-90°)	.....	.....	
4. finger					
Grundled (norm 0-90°)	.....	.....	
Midterled (norm 0-100°)	.....	.....	
Yderled (norm 0-90°)	.....	.....	
5. finger					
Grundled (norm 0-90°)	.....	.....	
Midterled (norm 0-100°)	.....	.....	
Yderled (norm 0-90°)	.....	.....	

<p>16 Er håndens pincetgreb svækket (pincetgreb mellem 1. og 2. finger)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p>	<p>Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært</p>	<p>Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært</p>																			
<p>17 Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes: Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> </table>		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 3. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 4. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 5. fingercm cm						
	Højre	Venstre																					
<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm																					
<input type="checkbox"/> 3. fingercm cm																					
<input type="checkbox"/> 4. fingercm cm																					
<input type="checkbox"/> 5. fingercm cm																					
<p>18 a) Kan tommelfingerblommen nå blommen af de andre fingre?</p> <p>b) Kan tommelfingerblommen nå basis (distale bøjefurer) på lillefingeren?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes: Hvor mange cm mangler tommelfingerblommen i at nå blommen af de andre fingre?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> </table> <p>Hvis NEJ, udfyldes: Hvor mange cm mangler tommelfingerblommen i at nå basis på lillefingeren ?</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> </table>		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm	<input type="checkbox"/> 4. fingercmcm	<input type="checkbox"/> 5. fingercmcm		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> 5. fingercmcm
	Højre	Venstre																					
<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm																					
<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm																					
<input type="checkbox"/> 4. fingercmcm																					
<input type="checkbox"/> 5. fingercmcm																					
	Højre	Venstre																					
<input type="checkbox"/> 5. fingercmcm																					
<p>19 Er bevægeligheden i håndleddene nedsat?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>		Højre	Venstre	Opad (dorsalt) (norm 0-80°)	Nedad (volart) (norm 0-80°)	Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)									
	Højre	Venstre																					
Opad (dorsalt) (norm 0-80°)																					
Nedad (volart) (norm 0-80°)																					
Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)																					

		Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)	.....	.....
20	Skønnes håndtrykskraften nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært	Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært
21	Er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebævelser, nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden nedsat:	Højre	Venstre
			Bøjebevægelighed (ext./flex.) norm 0-140°	.....	.....
			Udad rotation (supination) (norm 0-90°)	.....	.....
			Indad rotation (pronation) (norm 0-90°)	.....	.....
22	Er bevægeligheden i skulderleddene normal?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
23	Er der muskelsvind:	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Højre	Venstre
	a) af overarm (største omfang)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) af underarm (største omfang)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
24	Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
25	Eventuelle bemærkninger?				
26	Undersøgelsens dato		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.

04.05.45.04