

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

Patienterstatningen

- behandlings- og lægemiddeleksperter

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Skulder

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

| | | | | |
|---|---|--------------------------------------|---------|-------|
| 1. I hvilken skulder er der sket en skade? | <input type="checkbox"/> venstre | <input type="checkbox"/> højre | | |
| 2. Er patienten venstre- eller højrehåndet? | <input type="checkbox"/> venstrehåndet | <input type="checkbox"/> højrehåndet | | |
| 3. Er der noget synligt at påvise ved inspektion og palpation af skulderen? | | | | |
| 4. Hvor mange grader kan skulderen bevæges (med frit skulderblad): | Aktivt | | Passivt | |
| | Venstre | Højre | Venstre | Højre |
| | udad-opad? (0-180°) | | | |
| | fremad-opad? (0-180°) | | | |
| bagud? (0-30°) | | | | |
| 5. I hvilken udstrækning udføres (målt i grader): | Venstre | Højre | Venstre | Højre |
| | a) udaddrejning? (0-50°) med armen langs kroppen | | | |
| | b) indaddrejning? (0-90°) til balle, til lænd, til modsatte skulderblad | | | |
| 6. Kan hånden føres til: | | | | |
| | Nakke? | Venstre | Højre | |
| | Lænd? | Venstre | Højre | |
| 7. Er der skurren i skulderhøjdeled? | | | | |
| 8. Er der svind: | | | | |
| | a) af deltamusklen? | | | |
| | b) af supraspinatus? | | | |
| | c) af infraspinatus? | | | |

Navn:

sagsnummer:

| | | | | | |
|--|---------------|---------|-------|-------|-----|
| 9. Er der muskelsvind: (mere end 1 cm) | | Venstre | Højre | | |
| a) ved underarmens rod? | Omfangsmål | cm | cm | | |
| b) ved overarm? (På midten) | | cm | cm | | |
| 10. Er der føleforstyrrelser? | | | | | |
| 11. Holdes skulderbladene ind til brystkassen ved armbøjninger mod en væg? (englevinger) | | | | | |
| 12. Er der kraftnedsættelse ved | | Venstre | | Højre | |
| | | Ja | Nej | Ja | Nej |
| | Abduktion | | | | |
| | udadrotation | | | | |
| | indadrotation | | | | |
| 13. Hvilke klager har patienten? | | | | | |
| 14. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår? | | | | | |
| 15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt? | | | | | |

16. Eventuelle bemærkninger:

17. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

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

Stempel

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