

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

Patienterstatningen

- behandlings- og lægemiddelekskader

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Underben

Patientens navn:			
CPR-nr.:		Sagsnummer:	
1. I hvilket underben er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Ved brud: Er der solid heling? Er der ømhed ved palpation af bruddet?			
3. Er der fortykkelse på brudstedet?			
4. Er der stillingsforandring på brudstedet? Hvis ja: hvor stor? Og i hvilken retning?			
5. Er benet forkortet, og da hvor meget (cm)?			
6. Er der stillingsforandring af foden? (f.eks. valgus/varus i bagfoden) Er der formforandring af foden? (f.eks. stiv platfod) Er der forskel fra den raske fod?			
7. I hvilken udstrækning kan fodleddet bevæges opad og nedad fra ret vinkel? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Op (normal 20°)	Aktiv	
		Passiv	
	Ned (normal 50°)	Aktiv	
Passiv			
8. Foretag en passiv udmåling af fodens drejeb bevægelser (målt i grader)	Udad (supination) (normal 30°)		
	Indad (pronation) (normal 15°)		
9. Er der normal passiv ekstension i knæleddet fra strakt stilling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej 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

Navn:

sagsnummer:

	Venstre		Højre		
Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)					
10. Er der i øvrigt noget at bemærke ved knæet? (F.eks. ansamling, skurren, siderokke, løshed bagfra – fortil). Findes disse forandringer på det andet knæ?					
11. Er kraften over ankelledet normal?	Venstre		Højre		
	Ja	Nej	Ja	Nej	
	Opad				
	Nedad				
12. Bevæges de øvrige led frit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej					
13. Er der muskelsvind: a) af læg? (tykkeste sted) b) af lår? (10 cm over knæskallen)	Omfangsmål	Venstre		Højre	
		cm		cm	
		cm		cm	
14. Er der føleforstyrrelser?					
15. Er der: Ødem, varicer, hudforandringer, ar Hvis ja: hvor?					
16. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, på trapper, stok ude, stok inde).					
17. Hvilke klager har patienten?					
18. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja, hvor og hvornår?					
19. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?					
20. Eventuelle bemærkninger:					
21. Undersøgelsens dato:					

den _____

Lægens CPR-nr./SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel

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