

Funktionsattest AES 430 Underben

afgivet i henhold til Lov om arbejdsskadesikring §§ 35 og 37

Udfyldes af rekvirenten	
Navn på tilskadekomne:.....	Cpr.nr.:
Adresse:.....	Postnr.:..... By:.....
Stilling eller beskæftigelse:.....	
Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) journalnr.:.....	Skadedato:.....
Forsikrings­selskabets skadenummer:.....	

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) eller forsikrings­selskabet, sendes til rekvirenten vedlagt lægens honorarregning.

Udfyldes af den undersøgende læge	
1 a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge? b) Hvis De ikke er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?	Dato:..... (dag/måned/år)
3 a) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom? b) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod?	..... ..... ..... Dato:..... (dag/måned/år)
4 Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?	..... ..... ..... ..... ..... .....
5 Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose på dansk Diagnose på latin

<p>6 Oplys den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p>
<p>7 Oplys den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>8 Oplys den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p>
<p>9 Oplys den tilskadekomne:</p> <p>a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>10 Oplys den tilskadekomne, at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?</p> <p>Hvor?</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>

<p>11 Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: <input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning Hvor?..... Hvornår?..... Hvor?..... Hvornår?.....</p>
<p>12 Skønner De, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den aktuelle skade/sygdom eller forværret dens følger?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p>
<p>13 a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom? Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: I hvilke perioder? Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>14 Oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde, som følge af den aktuelle skade/sygdom? Fra hvilket tidspunkt oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde? Hvilket arbejde er den tilskadekomne overgået til (stillingsbeskrivelse)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år) </p>

15	<p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</p> <p>b) Hvorledes påvirker den aktuelle skade/sygdoms medicinske følger funktionsevnen?</p> <p>c) Anser De tilskadekomnes funktionsevne for blivende nedsat?</p> <p>d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade/sygdom og dermed på funktionsevnen?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p>
16	<p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
17	<p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>
18	<p>Hvilken region er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Knæsnært <input type="checkbox"/> Midt på underben <input type="checkbox"/> Fodledsnært</p>
19	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i underbenet i hvile?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
20	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i underbenet ved belastning?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
21	<p>(Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er underbenets stilling og form forandret (herunder fortykkelse af knogledele)?</p> <p>b) Er der forskel i forhold til den raske fod?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p>
22	<p>(Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er der fejlstilling eller forkortning på brudstedet?</p> <p>b) Er der solid heling?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
23	<p>Er knæleddets bevægelighed nedsat som følge af aktuelle skade?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Højre Venstre</p> <p>Strækning/bøjning (normalt 0/140)</p>

24	Er der skurren i knæet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
				<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
				<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær
25	Er fodleddets bevægelighed nedsat som følge af den aktuelle skade?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
			Op/ned (normalt 20/40)	.....	.....
26	Er der muskelsvind:	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) Af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
27	Er der bløddelshævelse af knæled, underben eller ankel?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) Omfang af knæled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Omfang af fodled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
28	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:		
			Placering?.....		
29	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:		
			Hvor?		
30	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?				
31	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?			.....	.....
			
			
			
			

32

Undersøgelses dato:

.....
(dag/måned/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.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til patienten, samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget:

.....
Dato Lægens underskrift**Nøjagtig adresse (stempel):**

SE-nr.:

Giro/Bank Regnr. Kontonr.:

Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):