

## 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

### Lår

|   |  |                                  |                                |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Patientens navn:  |  |                                  |                                |
| CPR-nr.:  |  | Sagsnummer:                      |                                |
| 1. I hvilket lår er der sket en skade?  |  |                                  |                                |
|   |  | <input type="checkbox"/> venstre | <input type="checkbox"/> højre |
| 2. Hvor på låret sad bruddet?<br>Er der synlig og/eller følelig deformitet?   |  |                                  |                                |
| 3. Hvordan er benets stilling? (fx udadroteret)   |  |                                  |                                |
| 4. Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?  |  |                                  |                                |
| 5. Hvordan er bevægeligheden i hoftelæddet?<br>(målt i grader fra strakt stilling)                                  |  |                                  |                                |
|   |  | Venstre                          | Højre                          |
| Strækning (20°)   |  |                                  |                                |
| Bøjning (120°)  |  |                                  |                                |
| Udadføring (60°)  |  |                                  |                                |
| Indadføring (30°)   |  |                                  |                                |
| Udaddrøjning (60°)  |  |                                  |                                |
| Indaddrøjning (30°)   |  |                                  |                                |
| 6. Er der strækkemangel i knæleddet?<br>Hvis ja: hvor mange grader mangler der i fuld strækning?                    |  |                                  |                                |
|   |  | Venstre                          | Højre                          |
| Er der bøjemangel i knæleddet?<br>Hvis ja; hvor mange grader bøjes fra normalt strakt stilling (0-160°)             |  |                                  |                                |
| 7. Er der i øvrigt noget at bemærke ved knæet?<br>(F.eks. ansamling, skurren, siderokken<br>løshed bagfra - fortil) |  |                                  |                                |
| 8. Er der muskelsvind:  |  |                                  |                                |
|   |  | Venstre                          | Højre                          |
| a) af lår? (10 cm over knæskallen)  |  | cm                               | cm                             |
| b) af læg?  |  | cm                               | cm                             |
| Er der hævelse af smalben?  |  | cm                               | cm                             |
| 9. Er der føleforstyrrelser?  |  |                                  |                                |

Navn:

sagsnummer:

|  |  |
|--|--|
| 10. Hvordan er gangen?<br>(Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).                        |  |
| 11. Hvilke klager har patienten?   |  |
| 12. Er der foretaget røntgenundersøgelse?<br><br>Hvis ja: hvor og hvornår?                             |  |
| 13. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja; fra hvilket tidspunkt? |  |

14. Eventuelle bemærkninger:

15. Undersøgelsens dato:

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lægens CPR-nr./SE-nr./CVR-nr.: \_\_\_\_\_

Stempel

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