

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

Albue

Patientens navn:				
CPR-nr.:		Sagsnummer:		
1. I hvilken albue 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 fra armen ned langs siden (med frit skulderblad):	Aktivt		Passivt	
	Venstre	Højre	Venstre	
udad-opad? (180°)				
fremad-opad? (180°)				
bagud? (30°)				
5. Er der skurren i albue- og/eller skulderleddet?				
6. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling inklusive underarmens drejebewægelser? (målt i grader)		Venstre	Højre	
	Extension: (0°)			
	Flexion: (150°)			
	Supination: (90°)			
	Pronation: (90°)			
7. Bevæges håndled og fingre frit?				
Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?				
8. Er der muskelsvind (mere end 1 cm):	Omfangsmål	Venstre	Højre	
		a) af overarm? (På midten)	cm	cm
		b) ved underarmens rod?	cm	cm
		c) af håndens muskler? (Handskemål)	cm	Cm

Navn:

sagsnummer:

9. Er der føleforstyrrelser? (bedømt ift. modsatte side)	
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang	
11. Hvilke klager har patienten?	
13. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?	
14. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	

15. Eventuelle bemærkninger:

16. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

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

Stempel

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