

Funktionsattest AES 350 Fingre

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	<p>a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?</p> <p>b) Hvis De ikke er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------	---	---

2	<p>Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?</p>	<p>Dato:..... (dag/måned/år)</p>
----------	--	--------------------------------------

3	<p>a) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Dato:..... (dag/måned/år)</p>
----------	---	---

4	<p>Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
----------	---	--

5	<p>Diagnose angivet på dansk og latin</p>	<p>Diagnose på dansk</p> <p>Diagnose på latin</p>
----------	---	---

<p>6 Oplyser 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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>7 Oplyser 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 Oplyser 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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 Oplyser 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 Oplyser 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>15</p> <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>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>																		
<p>16</p> <p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>17</p> <p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>																		
<p>18</p> <p>Er tilskadekomne højrehåndet eller venstrehåndet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Venstrehåndet</p>																		
<p>19</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i fingrene 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>																		
<p>20</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i fingrene 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>																		
<p>21</p> <p>Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, hvordan er bevægeligheden:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0-180°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0-180°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Fremad-opad (norm 0-180°)	Udad-opad (norm 0-180°)	Bagud (norm 0-40°)	Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm)	Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm)
	Højre	Venstre																	
Fremad-opad (norm 0-180°)																	
Udad-opad (norm 0-180°)																	
Bagud (norm 0-40°)																	
Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm)																	
Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm)																	

<p>22 Er bevægeligheden i albueledet, inklusive underarmens drejebewægelser, nedsat?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)	Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)	Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)			
	Højre	Venstre															
Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)															
Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)															
Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)															
<p>23 Er der muskelsvind:</p> <p>a) Af overarm (største omfang)?</p> <p>b) Af underarm (største omfang)?</p> <p>c) Af mellemhånden (handskemål)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Omfangsmål (målt i cm)	Omfangsmål (målt i cm)	Omfangsmål (målt i cm)			
	Højre	Venstre															
Omfangsmål (målt i cm)															
Omfangsmål (målt i cm)															
Omfangsmål (målt i cm)															
<p>24 Er bevægeligheden i håndledet nedsat?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Opad (dorsalt) (norm 0-80°)	Nedad (volart) (norm 0-80°)	Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)	Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)
	Højre	Venstre															
Opad (dorsalt) (norm 0-80°)															
Nedad (volart) (norm 0-80°)															
Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)															
Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)															
<p>25 Amputation?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvilke fingre og hvilket niveau?</p> <p>.....</p>															
<p>26 Er der ar?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, angives for hver tilskadekommen finger placering af ar (dorsalt - volart - radialt - ulnart)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>															
<p>27 Er der føleforstyrrelser?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, angives for hver tilskadekommen finger føleforstyrrelsernes placering (dorsalt - volart - radialt - ulnart)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>															

<p>28 Er der nedsat bevægelighed i fingrene? Hvis JA udfyldes skemaet til højre.</p> <p>Bevægeligheden anføres for både tilskadekomne fingre og for kontralaterale fingre.</p> <p>Vedrørende tommelens rodled: "Tommel, rodled, op-ned" betyder måling af vinklen mellem 1. og 2. finger, når tommelfingeren bevæges fra planet ved siden af 2. finger til planet frem foran 2. finger. "Tommel, rodled, udadføring" betyder måling af vinkel mellem 1. og 2. mellemhåndsknogle, når tommelfingeren føres ud fra 2. fingeren. Måles med hånden liggende fladt på et bord.</p> <p>Bemærk: ikke udfyldte felter for de enkelte fingre betyder, at de bevæges normalt.</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)</p> <p>Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)</p> <p>Tommel, grundled (norm 0-50°)</p> <p>Tommel, yderled (norm 0-80°)</p> <p>Afstand til 2. fingers basis (cm)</p> <p>Afstand til 5. fingers basis (cm)</p> <p>Øvrige fingre:</p> <p>2. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> <p>3. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> <p>4. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> <p>5. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p>	<p>Højre</p> <p>Venstre</p>
	<p>29 Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes: Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?</p> <p style="text-align: center;">Højre Venstre</p> <p><input type="checkbox"/> 2. fingercm cm</p> <p><input type="checkbox"/> 3. fingercm cm</p> <p><input type="checkbox"/> 4. finger.....cm cm</p> <p><input type="checkbox"/> 5. finger.....cm cm</p>

35	Undersøgelsens 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.

<p>Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til patienten, samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget:</p> <p>..... Dato Lægens underskrift</p> <p>Nøjagtig adresse (stempel):</p> <p>SE-nr.:</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.:</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p>
--	---