

Funktionsattest

AES 220 Øje

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?

NEJ JA

b) Hvis De **ikke** er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)

.....

.....

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

a) Diagnose angivet på dansk og latin

Diagnose på dansk

Diagnose på latin

b) Hvilket øje er skadet?

Højre Venstre Begge

<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 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>9 Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7 og 8?</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>10 Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?.....</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?.....</p>

16 Oplyser den tilskadekomne at have smerter i øjet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
17 Er den tilskadekomne blind (manglende synssans) på det ene øje? Hvis JA, skal 18, 19, 20, 21 og 22 ikke besvares	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
18 Oplyser den tilskadekomne at have nedsættelse af synet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
19 Oplyser den tilskadekomne at have dobbeltsyn?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
20 Oplyser den tilskadekomne at have tåreflåd?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
21 Oplyser den tilskadekomne at have blænding?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
22 Oplyser den tilskadekomne at have irritation i øjet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
23 Oplyser den tilskadekomne andre symptomer?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke symptomer?
25 Er der objektive forandringer af øjenlåg?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje Hvilke forandringer?.....
26 Er der andre forandringer af øjenomgivelserne (eksterna) end anført under punkt 25?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje Hvilke forandringer?.....
27 Er der objektive forandringer af øjeæble?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Højre øje <input type="checkbox"/> Venstre øje Hvilke forandringer?.....
28 Hvad er synsstyrken? Hvis tilskadekomne bruger briller eller kontaktlinser, skal disse anvendes under målingen af synsstyrken		Synsstyrke på højre øje..... Synsstyrke på venstre øje
29 Er synsfeltet for finger indskrænket på et af øjnene?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , angives: <input type="checkbox"/> Synsfelt på højre øje..... <input type="checkbox"/> Synsfelt på venstre øje

30 Er der indskrænket bevægelighed af øjnene, som giver dobbeltsyn?	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
31 Såfremt den tilskadekomnes tilstand i øvrigt giver anledning til bemærkning, bedes dette anført
32 Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?
33 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>
---	---