

Funktionsattest

AES 320 Albueled

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:.....

Forsikringssselskabets skadenummer:.....

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) eller forsikringssselskabet, 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

Diagnose angivet på dansk og latin

Diagnose på dansk

Diagnose på latin

<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>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 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>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>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"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: <input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning</p> <p>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"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p>
<p>13 a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt, som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>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"/></p> <p>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"/></p> <p>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?</p> <p>Fra hvilket tidspunkt oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde?</p> <p>Hvilket arbejde er den tilskadekomne overgået til (stillingsbeskrivelse)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år)</p> <p>.....</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 albuen 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 albuen 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>a) Oplyser den tilskadekomne at have smerter svarende til laterale epicondyl?</p> <p>b) Forværres smerterne ved belastning?</p> <p>c) Er der direkte ømhed på epicondylen?</p> <p>d) Er der indirekte ømhed svarende til epicondylen?</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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
<p>22</p> <p>a) Oplyser den tilskadekomne at have smerter svarende til mediale epicondyl?</p> <p>b) Forværres smerterne ved belastning?</p> <p>c) Er der direkte ømhed på epicondylen?</p> <p>d) Er der indirekte ømhed svarende til epicondylen?</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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>

23 Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden: <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Højre</th> <th style="text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0-180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0-180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0-40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Fremad-opad (norm 0-180°)	Udad-opad (norm 0-180°)	Bagud (norm 0-40°)	Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)	Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)
	Højre	Venstre																		
Fremad-opad (norm 0-180°)																		
Udad-opad (norm 0-180°)																		
Bagud (norm 0-40°)																		
Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)																		
Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)																		
24 Er bevægeligheden i albueledet, inklusive underarmens drejebewægelser, nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Højre</th> <th style="text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</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°)																		
25 (Udfyldes kun ved brud) Er albueleddets stilling forandret (fejlstilling)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor mange grader?																		
26 (Udfyldes kun ved brud) a) Er der solid heling? b) Er der hævelse? c) Er der ømhed?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																			
27 Er bevægeligheden i håndleddet nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Højre</th> <th style="text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</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>28 Er fingrene frit bevægelige?</p>	<p>NEJ JA Hvis NEJ, udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke fingre har nedsat bevægelighed?</p>																					
<p>29 Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?</p>	<p>NEJ JA Hvis NEJ, udfyldes: Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. finger.....</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. finger.....</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> </table>		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm	<input type="checkbox"/> 4. finger.....cmcm	<input type="checkbox"/> 5. finger.....cmcm						
	Højre	Venstre																				
<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm																				
<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm																				
<input type="checkbox"/> 4. finger.....cmcm																				
<input type="checkbox"/> 5. finger.....cmcm																				
<p>30 Er der muskelsvind:</p> <p>a) Af skulderrunding (deltoideus)?</p> <p>b) Af overarm (største omfang)?</p> <p>c) Af underarm (største omfang)?</p> <p>d) Af hånden muskler (handskemål)?</p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NEJ JA</td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Omfangsmål (målt i cm)</td> <td>.....</td> </tr> </table>	NEJ JA	Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let		<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat		<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)
NEJ JA	Højre	Venstre																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let																				
	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat																				
	<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)																				
<p>31 Er der føleforstyrrelser?</p>	<p>Hvis JA, udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor?</p>																					
<p>32 Skønnes håndtrykkraften nedsat?</p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">NEJ JA</td> <td style="text-align: center;">Højre</td> <td style="text-align: center;">Venstre</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> <td><input type="checkbox"/> Let</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> <td><input type="checkbox"/> Moderat</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> <td><input type="checkbox"/> Svær</td> </tr> </table>	NEJ JA	Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let		<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat		<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær									
NEJ JA	Højre	Venstre																				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let																				
	<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat																				
	<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær																				
<p>33 Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																					
<p>34 Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</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.

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 rekvisenten):