

Funktionsattest

AES 340 Håndled

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

Diagnose angivet på dansk og latin Diagnose på dansk

Diagnose på latin

6 Oplyser den tilskadekomne: a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hos hvilken speciallæge?..... Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år) ☐ ☐ Hos hvilken speciallæge?.....
7 Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hvor?..... Hvornår?..... (dag/måned/år)
8 Oplyser den tilskadekomne: a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hos hvilken fysioterapeut?..... Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år) ☐ ☐ Hos hvilken fysioterapeut?.....
9 Oplyser den tilskadekomne: a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade/sygdom? b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hvilken medicin? ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hvilken medicin?.....
10 Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hvorledes? Hvor? Hvornår?..... (dag/måned/år)

11 Oplys den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: ☐ Røntgen ☐ Ultralyd ☐ CT-skanning ☐ MR-skanning Hvor?..... Hvornår?..... Hvor?..... Hvornår?.....
12 Skønner De, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den aktuelle skade/sygdom eller forværret dens følger?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Hvilke?
13 a) Oplys tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom? Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding? c) Oplys tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: I hvilke perioder? Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år) ☐ ☐ ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)
14 Oplys den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde, som følge af den aktuelle skade/sygdom? Fra hvilket tidspunkt oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde? Hvilket arbejde er den tilskadekomne overgået til (stillingsbeskrivelse)?	NEJ JA ☐ ☐ Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år)

15 a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom? Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d) b) Hvorledes påvirker den aktuelle skade/sygdoms medicinske følger funktionsevnen? c) Anser De tilskadekomnes funktionsevne for blivende nedsat? d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade/sygdom og dermed på funktionsevnen?	NEJ JA ☐ ☐ ☐ ☐ Hvis JA , udfyldes: Hvorledes?..... ☐ ☐ Hvis JA , udfyldes: Hvorledes?.....																		
16 Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?																			
17 Hvilken side er tilskadekommet?	☐ Højre ☐ Venstre																		
18 Er tilskadekomne højrehåndet eller venstrehåndet?	☐ Højrehåndet ☐ Venstrehåndet																		
19 Oplys den tilskadekomne at have smerter i håndleddet i hvile?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: ☐ ☐ ☐ Lette smerter ☐ Middelsvære smerter ☐ Svære smerter																		
20 Oplys den tilskadekomne at have smerter i håndleddet ved belastning?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: ☐ ☐ ☐ Lette smerter ☐ Middelsvære smerter ☐ Svære smerter																		
21 Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?	NEJ JA 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>.....</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)																			

22 Er bevægeligheden i albueleddet, inklusive underarmens drejebevægelser, nedsat?	<table> <tr> <td>NEJ</td> <td>JA</td> <td>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	NEJ	JA	Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?	Højre	Venstre	☐	☐	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)					Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)					Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)												
NEJ	JA	Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?	Højre	Venstre																											
☐	☐	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)																													
		Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)																													
		Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)																													
23 Er bevægeligheden i håndleddet nedsat?	<table> <tr> <td>NEJ</td> <td>JA</td> <td>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</td> <td>Højre</td> <td>Venstre</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	NEJ	JA	Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?	Højre	Venstre	☐	☐						Opad (dorsalt) (norm 0-80°)					Nedad (volart) (norm 0-80°)					Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)					Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)		
NEJ	JA	Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?	Højre	Venstre																											
☐	☐																														
		Opad (dorsalt) (norm 0-80°)																													
		Nedad (volart) (norm 0-80°)																													
		Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)																													
		Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)																													
24 (Udfyldes kun ved brud) Er håndleddets stilling forandret (fejlstilling)?	<table> <tr> <td>NEJ</td> <td>JA</td> <td>Hvis JA, udfyldes:</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>Hvorledes?</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Hvor mange grader?</td> </tr> </table>	NEJ	JA	Hvis JA, udfyldes:	☐	☐	Hvorledes?			Hvor mange grader?																					
NEJ	JA	Hvis JA, udfyldes:																													
☐	☐	Hvorledes?																													
		Hvor mange grader?																													
25 (Udfyldes kun ved brud) a) Er der solid heling? b) Er der hævelse? c) Er der ømhed?	<table> <tr> <td>NEJ</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	NEJ	JA	☐	☐	☐	☐	☐	☐																						
NEJ	JA																														
☐	☐																														
☐	☐																														
☐	☐																														
26 Er der skurren i håndleddet?	<table> <tr> <td>NEJ</td> <td>JA</td> </tr> <tr> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </table>	NEJ	JA	☐	☐																										
NEJ	JA																														
☐	☐																														

27

Er der nedsat bevægelighed i fingrene?

Hvis **JA** udfyldes skemaet til højre.

Bevægeligheden anføres for både tilskadekomne fingre **og** for kontralaterale fingre.

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.

Bemærk: ikke udfyldte felter for de enkelte fingre betyder, at de bevæges normalt.

NEJ JA☐ ☐

Højre

Venstre

Tommel, rodled, op-ned
(norm 0-70°)

.....

Tommel, rodled, udadføring
(norm 0-70°)

.....

Tommel, grundled
(norm 0-50°)

.....

Tommel, yderled
(norm 0-80°)

.....

Afstand til 2. fingers **basis** (cm)

.....

Afstand til 5. fingers **basis** (cm)

.....

Øvrige fingre:**2. finger**

Grundled (norm 0-90°)

.....

Midterled (norm 0-100°)

.....

Yderled (norm 0-90°)

.....

3. finger

Grundled (norm 0-90°)

.....

Midterled (norm 0-100°)

.....

Yderled (norm 0-90°)

.....

4. finger

Grundled (norm 0-90°)

.....

Midterled (norm 0-100°)

.....

Yderled (norm 0-90°)

.....

5. finger

Grundled (norm 0-90°)

.....

Midterled (norm 0-100°)

.....

Yderled (norm 0-90°)

.....

28

Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?

NEJ JA☐ ☐Hvis **NEJ**, udfyldes:

Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?

Højre

Venstre

☐ 2. fingercm cm☐ 3. fingercmcm☐ 4. finger.....cmcm☐ 5. finger.....cmcm

29 Er der muskelsvind: a) Af overarm (største omfang)? b) Af underarm (største omfang)? c) Af mellemhånden (handskemål)?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: Højre Venstre ☐ ☐ Omfangsmål (målt i cm) ☐ ☐ Omfangsmål (målt i cm) ☐ ☐ Omfangsmål (målt i cm)
30 Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: ☐ ☐ Hvor?
31 Skønnes håndtrykskraften nedsat?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: Højre Venstre ☐ ☐ ☐ Let ☐ Let ☐ Moderat ☐ Moderat ☐ Svært ☐ Svært
32 Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser?	NEJ JA ☐ ☐
33 Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	

34

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 rekvirenten):