

# Funktionsattest

## AES 290 Hørelse

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   |  |
|---|--|
| <b>1</b><br>a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?<br><br>b) Hvis De <b>ikke</b> er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation, De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted) | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><br>.....<br>..... |
| <b>2</b><br>Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?   | Dato:.....<br>(dag/måned/år)   |
| <b>3</b><br>a) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom?<br><br>b) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod?  | .....<br>.....<br>.....<br><br>Dato:.....<br>(dag/måned/år)                              |
| <b>4</b><br>Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| <b>5</b><br>Diagnose angivet på dansk og latin.   | Diagnose på dansk .....<br>Diagnose på latin .....                                       |

|   |   |
|---|---|
| <b>6</b> Såfremt der er andre relevante diagnoser, bedes disse angivet på dansk og latin.   | Diagnose på dansk .....<br>Diagnose på latin .....<br>Diagnose på dansk .....<br>Diagnose på latin .....  |
| <b>7</b> Oplys den tilskadekomne:<br><br>a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom?<br><br>b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?   | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>Hos hvilken speciallæge?.....<br>.....<br>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?.....<br>(dag/måned/år)<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>..... |
| <b>8</b> Oplys den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?   | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>Hvor?.....<br>Hvornår?.....<br>(dag/måned/år)   |
| <b>9</b> Oplys den tilskadekomne:<br><br>a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade/sygdom?<br><br>b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade/sygdom?   | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>Hvilken medicin?.....<br>.....<br>.....<br><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>Hvilken medicin?.....<br>.....<br>.....   |
| <b>10</b> Har den tilskadekomne høreapparat?<br><br><b>Hvis JA, besvares nedenstående</b><br><br>a) Hvilken høreklub/audiologisk afdeling eller privat leverandør oplyser den tilskadekomne, der senest har udleveret høreapparat?<br><br>b) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at høreapparat første gang blev udleveret?<br><br>c) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at høreapparat senest er udleveret? | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br><br>Navn .....<br>.....<br>.....<br>(dag/måned/år)<br><br>.....<br>(dag/måned/år)   |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <p><b>11</b> Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 7, 8, 9 og 10?</p>  | <p>NEJ JA<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/>Hvorledes? .....<br/>Hvor?.....<br/>Hvornår?.....<br/>(dag/måned/år)</p>   |
| <p><b>12</b> Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>  | <p>NEJ JA<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/><input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning<br/>Hvor?.....<br/>Hvornår?.....<br/>Hvor?.....<br/>Hvornår?.....</p> |
| <p><b>13</b> 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<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/>Hvilke? .....<br/>.....<br/>.....<br/>.....<br/>.....</p>  |
| <p><b>14</b> a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p><b>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</b></p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?</p>   | <p>NEJ JA<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/>I hvilke perioder?<br/>Fra dato:..... Til dato:.....<br/>(dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:.....<br/>(dag/måned/år)</p>         |
| <p><b>15</b> 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<br/><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>   | <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:<br/>Dato:.....<br/>(dag/måned/år)<br/>.....</p>  |

**16**

a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?

NEJ JA

**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?

Hvis JA, udfyldes:

Hvorledes?.....

.....

d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade/sygdom og dermed på funktionsevnen?

Hvis JA, udfyldes:

Hvorledes?.....

.....

**17**

Hvad oplyser den tilskadekomne om ansættelsessteder og ansættelsesperioder med udsættelse for støj?

Ansættelsessteder og ansættelsesperioder skrives i skemaet ud for et bogstav.

Ansættelser i samme branche, men i mindre end 2 år, angives samlet.

| Firma | Navn og adresse på ansættelsessteder | Ansættelsesperioder (anføres som årstal) |
|-------|--------------------------------------|--|
| A     |                                      | -  |
| B     |                                      | -  |
| C     |                                      | -  |
| D     |                                      | -  |
| E     |                                      | -  |
| F     |                                      | -  |

**18**

Hvad oplyser den tilskadekomne om støjkindens art?

Støjkindens art skrives ud for et bogstav. Bogstavet refererer til firmaets navn, svarende til punkt 17.

| Firma | Støjkindens art |
|-------|-----------------|
| A     |                 |
| B     |                 |
| C     |                 |
| D     |                 |
| E     |                 |
| F     |                 |

19

Hvad oplyser den tilskadekomne om støjekpositionen og støjvarigheden på arbejdspladsen?

Bogstavet i skemaet refererer til firmaets navn, svarende til punkt 17.

**I Støjforførmelse**

på arbejdspladsen angives på en skala fra 0 – 3 efter denne tabel og indsættes i eksponeringsskemaet, svarende til det pågældende firma.

**II Støjvarighed**

på arbejdspladsen angives på en skala fra 1 – 3 efter denne tabel og indsættes i eksponeringsskemaet svarende til det pågældende firma.

**Eksponeringsskemaet udfyldes på baggrund af punkt I) og II)**

| Firma | Støjforførmelse (I)<br>(angives 0 - 3) | Støjvarighed (II)<br>(angives 1 – 3) |
|-------|--|--------------------------------------|
| A     |  |                                      |
| B     |  |                                      |
| C     |  |                                      |
| D     |  |                                      |
| E     |  |                                      |
| F     |  |                                      |

| Støjforførmelse (I) |                  | Skønnet lydstyrke<br>dB (A) | Opfattelse af tale/råb                           |
|---------------------|------------------|-----------------------------|--|
| 0                   | Generende støj   | < 85 dB                     | Almindelig tale opfattes ikke let på 1 m afstand |
| 1                   | Kraftig          | 85–90 dB                    | Forstærket tale opfattes ikke på 1 m afstand     |
| 2                   | Meget kraftig    | 90–95 dB                    | Råb opfattes ikke på ½ m afstand                 |
| 3                   | Voldsomt kraftig | > 95 dB                     | Råb opfattes ikke på ¼ m afstand                 |

| Støjvarighed (II) |                       |
|-------------------|-----------------------|
| 1                 | Mindre end ½ af tiden |
| 2                 | Ca. ½ af tiden        |
| 3                 | Hele tiden            |

20

Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?

.....

.....

.....

.....

.....

21

Oplyser den tilskadekomne at forstå almindelig tale på tomandshånd uden baggrundsstøj og uden at kunne se den talendes ansigt?

NEJ JA

22

Oplyser den tilskadekomne at forstå almindelig tale på tomandshånd uden at kunne se den talendes ansigt, selvom der er nogen baggrundsstøj svarende til en samtale i en bil eller foran fjernsyn?

NEJ JA

23

Oplyser den tilskadekomne at have balanceproblemer?

NEJ JA

Hvis JA, udfyldes:

Hvilke balanceproblemer?.....

.....

24

Er der foretaget **TONEAUDIOMETRI?**

**Følgende symboler bedes anvendt**

**Luftledning**

- = højre øre
- = højre øre maskeret
- × = venstre øre
- ⊗ = venstre øre maskeret

**Benledning**

- [ = højre øre
- < = højre øre maskeret
- ] = venstre øre
- > = venstre øre maskeret
- └ = bedste øres benledning

**Impedans**

- ← = stapediusrefleks i højre øre med lyd i venstre øre
- = stapediusrefleks i venstre øre med lyd i højre øre
- ↙ = stapediusrefleks i højre øre med lyd i venstre, ikke udløst
- ↘ = stapediusrefleks i venstre øre med lyd i højre, ikke udløst

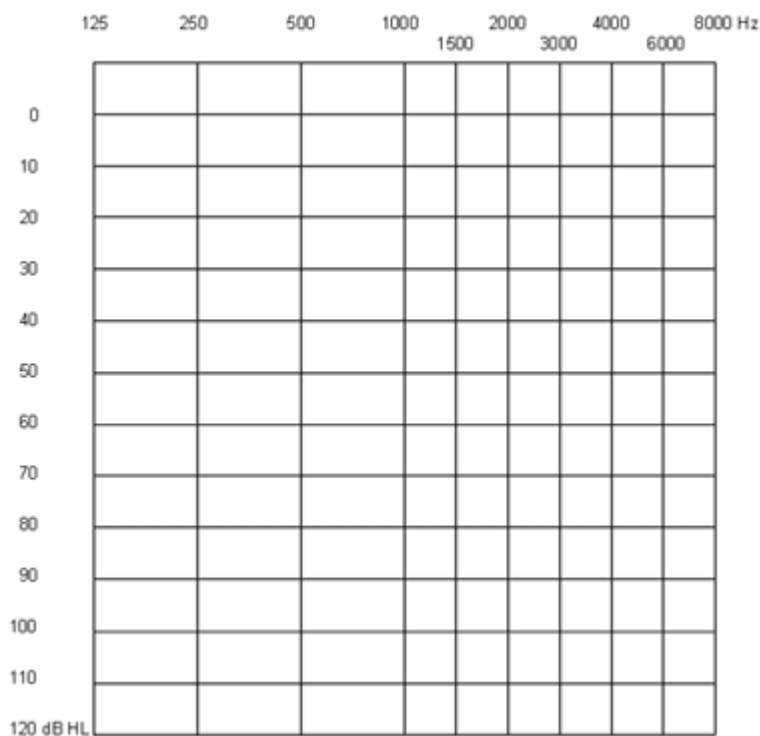
**Weber**

- ↑ = Weber lateraliseret til højre øre
- ↓ = Weber lateraliseret til venstre øre
- ↕ = Weber i midtlinien (lateraliseres ikke)

NEJ JA

Hvis **JA**, udfyldes nedenstående audiogram:

(eventuelt print fra Auditbase kan vedlægges)



Dato for optagelse af audiogrammet .....  
(dag/måned/år)

25

Er der foretaget **TALEAUDIOMETRI?**

- SRT = taletærskel
- DL = diskriminationstab
- D = diskrimination
- MCL = den mest behagelige lydstyrke

Diskriminationstab (DL) i støj\* (talesignal 65 dB SPL) i frit felt eller hovedtelefon højre + venstre?

Eller diskrimination (D) i støj\* (talesignal 65 dB SPL) i frit felt eller hovedtelefon højre + venstre?

NEJ JA

Hvis **JA**, udfyldes:

|                 | Højre øre | Venstre øre |
|-----------------|-----------|-------------|
| SRT             |           |             |
| DL i ro ved MCL | %         | %           |
| D i ro ved MCL  | %         | %           |
| MCL             |           |             |

Dato for optagelse af taleaudiometrien .....  
(dag/måned/år)

.....%

.....%

\* For støjen anføres:

Støjens art .....

Støjens styrke .....

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>26</b> Er der ved otoskopien fundet patologiske forandringer?   | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br><br>Hvilke forandringer?.....  |
| <b>27</b> Oplys tilskadekomne at have tinnitus?<br><br>a) Hvornår oplyser den tilskadekomne at have bemærket tinnitus første gang?<br><br>b) Oplys den tilskadekomne, at tinnitus er konstant til stede?<br><br>c) Oplys den tilskadekomne, at tinnitus er intermitterende til stede?<br><br>d) Oplys den tilskadekomne, at tinnitus forstyrrer koncentrationen - for eksempel ved læsning?<br><br>e) Oplys den tilskadekomne, at han/hun almindeligvis er generet af tinnitus i rolige omgivelser (bortset fra ved indsovning)?<br><br>f) Oplys tilskadekomne, at han/hun har svært ved at falde i søvn eller falde i søvn igen efter opvågning på grund af tinnitus?<br><br>g) Oplys den tilskadekomne, at han/hun kan undertrykke eller "glemme" tinnitus, når tinnitus er på den mest almindelige styrke, ved hjælp af nogen form for aktivitet, for eksempel foran fjernsynet eller ved samtale?<br><br>h) Føler patienten sig anspændt eller irriteret på grund af tinnitus? | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br><br><input type="checkbox"/> På højre øre <input type="checkbox"/> På venstre øre<br><br>Dato:.....<br>(dag/måned/år)<br><br><input type="checkbox"/> På højre øre <input type="checkbox"/> På venstre øre<br><br><input type="checkbox"/> På højre øre <input type="checkbox"/> På venstre øre<br><br><input type="checkbox"/> Aldrig eller sjældent<br><input type="checkbox"/> Af og til<br><input type="checkbox"/> Ofte<br><input type="checkbox"/> Meget ofte<br><input type="checkbox"/> Altid<br><input type="checkbox"/> Uoplyst<br><br><input type="checkbox"/> Ikke generet<br><input type="checkbox"/> Lidt generet<br><input type="checkbox"/> Moderat generet<br><input type="checkbox"/> Meget generet<br><input type="checkbox"/> Voldsomt generet<br><input type="checkbox"/> Uoplyst<br><br><input type="checkbox"/> Aldrig eller mindre end 1 gang om måneden<br><input type="checkbox"/> 1 – 3 gange om måneden<br><input type="checkbox"/> 1 – 2 gange om ugen<br><input type="checkbox"/> 3 – 5 gange om ugen<br><input type="checkbox"/> 6 – 7 gange om ugen<br><input type="checkbox"/> Uoplyst<br><br><input type="checkbox"/> Meget let<br><input type="checkbox"/> Temmelig let<br><input type="checkbox"/> Med lidt anstrengelse<br><input type="checkbox"/> Med stor anstrengelse<br><input type="checkbox"/> Umuligt<br><input type="checkbox"/> Uoplyst<br><br><input type="checkbox"/> Aldrig eller sjældent<br><input type="checkbox"/> Af og til<br><input type="checkbox"/> Ofte<br><input type="checkbox"/> Meget ofte<br><input type="checkbox"/> Altid<br><input type="checkbox"/> Uoplyst |

|           |   |  |   |
|-----------|---|--|---|
| <b>28</b> | Har patienten tidligere eller nu fået behandling eller rådgivning for sin tinnitus?<br><br><b>Besvares, hvis der er svaret JA til punkt 27.</b> | <b>NEJ JA</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis <b>JA</b> , udfyldes:<br>Hvor (navn og adresse)?<br>.....<br>.....<br>.....<br><br>Hvornår? Dato:.....<br>(dag/måned/år) |
| <b>29</b> | Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?  |  | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....  |
| <b>30</b> | Undersøgelsens dato:  |  | .....<br>(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>.....<br/>Dato                      Lægens underskrift</p> <p><b>Nøjagtig adresse (stempel):</b></p> <p>SE-nr.: .....</p> <p>Giro/bank regnr. kontonr.: .....</p> | <p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p> |
|--|---|