

AES 010 Lægeerklæring I

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 Erhvervs sikrings (AES) journalnr.:.....	Skadedato:.....
Forsikringsselskabets skadenummer:.....	

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervs sikring (AES) eller forsikringsselskabet, sendes til rekvirenten vedlagt lægens honorarregning.

Udfyldes af den undersøgende læge		
1	Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose på dansk Diagnose på latin
2	Oplyser den tilskadekomne, at der aktuelt er klager/symptomer?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne om aktuelt?
3	Er der objektive forandringer som følge af skaden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
4	Har der tidligere været skader/sygdomme fra samme område?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
5	Forventes der varige følger efter skaden/sygdommen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke varige følger?.....

<p>6</p> <p>a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade?</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</p> <p><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 JA, udfyldes:</p> <p>I hvilke perioder?</p> <p>Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>7</p> <p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</p> <p>b) Hvorledes påvirker den aktuelle skades 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 og dermed på funktionsevnen?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p>8</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>9</p> <p>Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade?</p> <p>b) at han/hun for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p>

<p>10 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade?</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>.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p>
<p>11 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade?</p> <p>b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade?</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>12 Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 9, 10, og 11?</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>13 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>

14	Var De den først behandlende læge? a) Hvem gav den første lægebehandling? b) Hvornår fandt den første lægebehandling sted? c) Hvilke klager/symptomer oplyser tilskadekomne, der har været i perioden fra den første lægebehandling og indtil den første konsultation/behandling hos Dem? d) Hvilke behandlinger oplyser den tilskadekomne, der har været givet i perioden fra den første lægebehandling og indtil den første konsultation/behandling hos Dem?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis NEJ , anføres navn og adresse på først behandlende læge: (dag/måned/år)
15	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?
16	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>.....</p> <p>SE-nr.:</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.:</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p>
--	---