

# Funktionsattest

## AES 210 Psykiske følger

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

<p><b>6</b> 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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</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><b>7</b> Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p><b>8</b> 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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin? .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</p>
<p><b>9</b> Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7 og 8?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvorledes? .....</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p><b>10</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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilke? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p><b>11</b></p> <p>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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>I hvilke perioder?</p> <p>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"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p><b>12</b></p> <p>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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Dato:..... (dag/måned/år)</p> <p>.....</p>
<p><b>13</b></p> <p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p><b>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</b></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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p><b>14</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne, at der fortsat er psykiske følger efter skaden/påvirkningen?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilke? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<p><b>15</b> Oplyser den tilskadekomne andre symptomer end nævnt under 14 (fx somatiske)?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:                  Hvilke? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>16</b> Oplyser den tilskadekomne, at der tidligere har været en psykisk sygdom?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:                  Hvilken? .....</p> <p>Hvornår?.....                  (dag/måned/år)</p>
<p><b>17 Udfyldes kun, hvis der er svaret JA til 16</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne, at denne tidligere psykiske sygdom har været symptomgivende frem til aktuelle psykiske sygdom?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <b>NEJ</b>, udfyldes:                  Indtil hvornår?.....                  (dag/måned/år)</p>
<p><b>18 Udfyldes kun, hvis der er svaret JA til 17</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne, at denne tidligere psykiske sygdom har været behandlet?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:                  Hos hvem? .....</p> <p>Behandlingsstart.....                  (dag/måned/år)</p> <p>Hvilken behandling?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>19</b> Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**20**

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):