

# Funktionsattest

## AES 220 Øje

afgivet i henhold til Lov om arbejdsskadesikring §§ 35 og 37

<b>Udfyldes af rekvirenten</b>	
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.

<b>Udfyldes af den undersøgende læge</b>	
<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? <span style="float: right;">Dato:..... (dag/måned/år)</span></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? <span style="float: right;">Dato:..... (dag/måned/år)</span></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>a) Diagnose angivet på dansk og latin <span style="float: right;">Diagnose på dansk .....</span> <span style="float: right;">Diagnose på latin .....</span></p> <p>b) Hvilket øje er skadet? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Begge</span></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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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><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>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</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> Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, 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>

<b>11</b> Skønner De, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den aktuelle skade/sygdom eller forværret dens følger?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke? ..... .....
<b>12</b> a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?  <b>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</b>  b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?  c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: I hvilke perioder? Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)  Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)
<b>13</b> Oplyser 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)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Dato:..... (dag/måned/år)  .....
<b>14</b> a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?  <b>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</b>  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?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	..... ..... Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvorledes?..... ..... Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvorledes?..... .....
<b>15</b> Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?	..... ..... .....	

<b>16</b> Oplyser den tilskadekomne at have smerter i øjet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
<b>17</b> Er den tilskadekomne blind (manglende synssans) på det ene øje?  <b>Hvis JA, skal 18, 19, 20, 21 og 22 ikke besvares</b>	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>18</b> Oplyser den tilskadekomne at have nedsættelse af synet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>19</b> Oplyser den tilskadekomne at have dobbeltsyn?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>20</b> Oplyser den tilskadekomne at have tåreflåd?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>21</b> Oplyser den tilskadekomne at have blænding?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>22</b> Oplyser den tilskadekomne at have irritation i øjet?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>23</b> Oplyser den tilskadekomne andre symptomer?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke symptomer? .....
<b>25</b> Er der objektive forandringer af øjenlåg?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje  Hvilke forandringer?.....
<b>26</b> Er der andre forandringer af øjenomgivelserne (eksterna) end anført under punkt 25?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje  Hvilke forandringer?.....
<b>27</b> Er der objektive forandringer af øjeæble?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Højre øje <input type="checkbox"/> Venstre øje  Hvilke forandringer?.....
<b>28</b> Hvad er synsstyrken? Hvis tilskadekomne bruger briller eller kontaktlinser, skal disse anvendes under målingen af synsstyrken		Synsstyrke på højre øje.....  Synsstyrke på venstre øje .....
<b>29</b> Er synsfeltet for finger indskrænket på et af øjnene?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , angives: <input type="checkbox"/> Synsfelt på højre øje.....  <input type="checkbox"/> Synsfelt på venstre øje .....

<b>30</b> Er der indskrænket bevægelighed af øjnene, som giver dobbeltsyn?	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
<b>31</b> Såfremt den tilskadekomnes tilstand i øvrigt giver anledning til bemærkning, bedes dette anført	.....
<b>32</b> Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	..... ..... ..... ..... .....
<b>33</b> 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><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>
---	---