

# Funktionsattest

## AES 230 Nakke/hals

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:.....
Forsikringssselskabets skadenummer:.....	

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

Udfyldes af den undersøgende læge	
<p><b>1</b></p> <p>a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?</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>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>2</b></p> <p>Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?</p>	<p>Dato:.....</p> <p>(dag/måned/år)</p>
<p><b>3</b></p> <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?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Dato:.....</p> <p>(dag/måned/år)</p>
<p><b>4</b></p> <p>Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>5</b></p> <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>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>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor? .....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p><b>8</b> Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade/sygdom?</p> <p>b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p>
<p><b>9</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>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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>10</b> Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes? .....</p> <p>Hvor? .....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>

<p><b>11</b> Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:  <input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning                  Hvor?.....                  Hvornår?.....                  Hvor?.....                  Hvornår?.....</p>
<p><b>12</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>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:                  Hvilke? .....</p>
<p><b>13</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?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>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)</p>
<p><b>14</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)?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:                   Dato:.....                  (dag/måned/år)                   .....</p>

<p><b>15</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: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p><b>16</b></p> <p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>17</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne, at der i forbindelse med skaden var:</p> <p>a) Slag mod hovedet</p> <p>b) Bevidstløshed</p> <p>c) Amnesi (hukommelsestab)</p> <p>d) Kvalme</p> <p>e) Opkastning</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ved ikke</p> <p><input type="checkbox"/> Ja   <input type="checkbox"/> Nej   <input type="checkbox"/> Ved ikke</p>
<p><b>18</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i nakken i hvile?</p>	<p><b>NEJ JA</b>   Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Lette smerter   <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter   <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
<p><b>19</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i nakken ved bevægelser?</p>	<p><b>NEJ JA</b>   Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> Lette smerter   <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter   <input type="checkbox"/> Svære smerter</p>
<p><b>20</b></p> <p><b>Besvares kun, hvis der er svaret JA i spørgsmål 18 og/eller 19</b></p> <p>Hvor ofte oplyser tilskadekomne at have ondt i nakken?</p>	<p><input type="checkbox"/> Dagligt   <input type="checkbox"/> Hyppigt, men ikke dagligt</p>
<p><b>21</b></p> <p>Er der klager over føleforstyrrelser?</p>	<p><b>NEJ JA</b>   Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   Hvor? .....</p> <p>I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette   <input type="checkbox"/> Middelsvære   <input type="checkbox"/> Svære</p>

<b>22</b> Er der klager over udstrålende smerter til arm?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor? ..... I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære
<b>23</b> Er der klager over hovedpine efter det aktuelle ulykkestilfælde?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Ikke dagligt <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær
<b>24</b> Er der klager over forværring af forudbestående hovedpine efter det aktuelle ulykkestilfælde?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Ikke dagligt <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær
<b>25</b> Er der som følge af det aktuelle ulykkestilfælde klager over abnorm træthed (fx træthedsfølelse eller øget søvnbehov)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> I middelsvær grad <input type="checkbox"/> i svær grad
<b>26</b> Er der som følge af det aktuelle ulykkestilfælde klager over følelsesmæssige ændringer (fx irritabilitet, nedsat belastningstolerance eller depression)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> I middelsvær grad <input type="checkbox"/> i svær grad
<b>27</b> Er der som følge af det aktuelle ulykkestilfælde klager over kognitive ændringer (fx hukommelses- og/eller koncentrationsvanskeligheder eller svigtende overblik)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> I middelsvær grad <input type="checkbox"/> i svær grad
<b>28</b> Oplyser den tilskadedekomne andre symptomer?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke symptomer?.....
<b>29</b> Er der klinisk bevægeindskrænkning i halshvirvelsøjlen?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær
<b>30</b> Hvor meget er afstanden mellem hagespids og brystkasse, når hovedet bøjes?		..... cm fra hagespids til brystkasse
<b>31</b> Angives der ømhed ved klinisk palpation (gennemføling) af nakken?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære
<b>32</b> Er der svækket muskelkraft ved strækning/bøjning af armens led?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Fingre <input type="checkbox"/> Håndled <input type="checkbox"/> Albueled <input type="checkbox"/> Skulderled
<b>33</b> Er der kliniske føleforstyrrelser?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor? .....

<b>34</b> Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	..... ..... ..... ..... .....
<b>35</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>
--	---