

Funktionsattest

AES 240 Brystryg og lænderyg

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

<p>6 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>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, 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>7 Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>8 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>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, 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>9 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>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>10 Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?</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>15 a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</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>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p>16 Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>17 Oplyser den tilskadekomne at have smerter i ryggen i hvile?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, 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>18 Oplyser den tilskadekomne at have smerter i ryggen ved belastning?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, 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>19 Besvares kun, hvis der er svaret JA i spørgsmål 17 og/eller 18</p> <p>Hvor ofte oplyser tilskadekomne at have ondt i ryggen?</p>	<p><input type="checkbox"/> Dagligt <input type="checkbox"/> Hyppigt, men ikke dagligt</p>
<p>20 Er der klager over føleforstyrrelser?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, 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>
<p>21 Er der klager over udstrålende smerter?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, 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>
<p>22 Er der klinisk bevægeindskrænkning i ryggen?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fremover <input type="checkbox"/> Bagud <input type="checkbox"/> Sidebøjning <input type="checkbox"/> Sidedrejning</p> <p><input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær</p>
<p>23 Angives der ømhed ved klinisk palpation (gennemføling) af ryggen?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, 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>

24	Er der påvirkede reflekser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Patellar-refleks <input type="checkbox"/> Achilles-refleks
25	Er der lammelse over fodledet (dropfod) med hanefjedsgang?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre
26	Er der udstrålende smerter før 45 grader ved løft af strakt ben i liggende stilling (Lasegue)?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> På højre side <input type="checkbox"/> På venstre side
27	Hvor meget er finger-gulv-afstanden med strakte knæled?	 cm fra fingerspids til gulv
28	Er der kliniske føleforstyrrelser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvor?
29	Er der kredsløbsforstyrrelser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilke?
			I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære
30	Er der trofiske forstyrrelser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilke?
			I hvilken grad? <input type="checkbox"/> Lette <input type="checkbox"/> Middelsvære <input type="checkbox"/> Svære
31	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	

32	Undersøgelses 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>SE-nr.:</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.:</p>	Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):
---	--