

Funktionsattest

AES 280 Brok

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:.....
Forsikringselskabets skadenummer:.....	

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

Udfyldes af den undersøgende læge	
1	
a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) Hvis De ikke er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)
2	
Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?	Dato:..... (dag/måned/år)
3	
Hvad oplyser tilskadekomne, at der var årsag til brokkets fremkomst?
4	
a) Hvornår oplyser den tilskadekomne at aktuelle ulykkestilfælde skete?
b) Hvorledes beskriver tilskadekomne, at aktuelle ulykkestilfælde skete?
c) Hvornår oplyser den tilskadekomne, at de første symptomer opstod?	Dato:..... (dag/måned/år)
d) Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom?

5	Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?
6	Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose på dansk Diagnose på latin
7	Oplys den tilskadekomne: a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom? b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?..... Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvilken speciallæge?.....
8	Oplys den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvor?..... Hvornår?..... (dag/måned/år)
9	Oplys den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 7 og 8?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor?..... Hvornår?..... (dag/måned/år)
10	Oplys tilskadekomne, at der forud for aktuelle brok har været symptomer fra brokstedet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Smerter Hvor?..... Hvornår?..... <input type="checkbox"/> Hævelse Hvor?..... Hvornår?..... <input type="checkbox"/> Andet Hvor?..... Hvornår?.....

<p>11 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>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p>
<p>12 a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?</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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: I hvilke perioder? Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>13 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>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>14 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p>

15 Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadedekomne nu?
16 På hvilken side sidder brokket?	<input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> I midtlinien <input type="checkbox"/> Anden placering
17 Oplyser den tilskadedekomne at have smerter i hvile?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
18 Oplyser den tilskadedekomne at have smerter ved anstrengelse?	NEJ JA Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
19 Oplyser den tilskadedekomne at brokket altid er fremme?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20 Oplyser den tilskadedekomne at brokket kun er fremme i stående stilling?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21 Oplyser tilskadedekomne at brokket forsvinder i liggende stilling?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22 Oplyser den tilskadedekomne at brokket kun kommer frem ved hoste eller anstrengelsen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23 Er brokket klinisk synligt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24 Hvilken type brok har tilskadedekomne?	<input type="checkbox"/> Lyskebrok (se punkt 26) <input type="checkbox"/> Navlebrok <input type="checkbox"/> Lårbrok <input type="checkbox"/> Arbrok <input type="checkbox"/> Anden form for brok (anfør hvilken).....
25 For lyskebrok ønskes om muligt oplyst om brokket er medialt eller lateralt)	<input type="checkbox"/> Lyskebrok er medialt <input type="checkbox"/> Lyskebrokket er lateralt <input type="checkbox"/> Ved ikke/uoplyst
26 Hvor stort er brokket?	Brokket målercm op/ned i stående stilling Brokket målercm fra side til side stående stilling Brokket målercm i diameter

27	Hvor stor er brokningen (brokningen er det sted i bugmuskulaturen, hvorigennem brokket træder ud)?		Brokningen målercm
28	Kan brokket sættes på plads (reponeres)?	NEJ JA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29	Er der tarmindehold i broksækken (broksækken er den hinde, som omgiver brokket)?	NEJ JA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Er broksækken tynd?	NEJ JA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Er der eller har der Dem bekendt været blod og/eller væskeudtrædning i brokområdet?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Der er blod- og/eller væskeudtrædning i brokområdet <input type="checkbox"/> Der har ved tidligere undersøgelse været blod- og/eller væskeudtrædning i brokområdet (angiv hvornår)..... (dag/måned/år)
32	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?	
33	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>SE-nr.:</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.:</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p>
--	---