

Funktionsattest

AES 310 Skulderled/overarm

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	
1	NEJ JA
a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?	<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	Dato:..... (dag/måned/år)
Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?	
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>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>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>11 Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, 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>12 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"/> Hvis JA, udfyldes: Hvilke?</p>
<p>13 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"/> 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>14 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"/> Hvis JA, udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år) </p>

15	<p>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><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvorledes?.....</p>
16	<p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
17	<p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>
18	<p>Er tilskadekomne højrehåndet eller venstrehåndet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Venstrehåndet</p>
19	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i skulderen 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>
20	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i skulderen 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>
21	<p>(Udfyldes kun ved brud)</p> <p>Er skulderledet/overarmens stilling forandret (fejlstilling)?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?</p> <p>Hvor mange grader?</p>
22	<p>(Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er der solid heling?</p> <p>b) Er der hævelse?</p> <p>c) Er der ømhed?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<p>23 Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0-180°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0-180°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Fremad-opad (norm 0-180°)	Udad-opad (norm 0-180°)	Bagud (norm 0-40°)	Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)	Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)
	Højre	Venstre																		
Fremad-opad (norm 0-180°)																		
Udad-opad (norm 0-180°)																		
Bagud (norm 0-40°)																		
Udaddrøjning (norm 0-60°) (med vandret underarm)																		
Indaddrøjning (norm 0-90°) (med vandret underarm)																		
<p>24 Kan håndfladen lægges i nakken?</p> <p>a. Højre håndflade</p> <p>b. Venstre håndflade</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p>Da hvor til ?</p> <p>Da hvor til ?</p>																		
<p>25 Kan håndryggen lægges i lænden?</p> <p>a. Højre håndryg</p> <p>b. Venstre håndryg</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p>Da hvor til ?</p> <p>Da hvor til ?</p>																		
<p>26 Er bevægeligheden i albueleddet, inklusive underarmens drejebæveligheder, nedsat?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)	Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)	Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)						
	Højre	Venstre																		
Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)																		
Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)																		
Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)																		
<p>27 Er bevægeligheden i håndleddet nedsat?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Opad (dorsalt) (norm 0-80°)	Nedad (volart) (norm 0-80°)	Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)	Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)			
	Højre	Venstre																		
Opad (dorsalt) (norm 0-80°)																		
Nedad (volart) (norm 0-80°)																		
Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)																		
Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)																		
<p>28 Er fingrene frit bevægelige?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p>Hvilke fingre har nedsat bevægelighed?</p>																		
<p>29 Kan fingrene knyttes til håndfladen?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p>Hvilke fingre kan ikke knyttes til håndfladen?</p> <p>Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen?</p>																		

35

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):