

Funktionsattest

AES 330 Underarm

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"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>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"/></p> | <p>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"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>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"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>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"/></p> | <p>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? Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding? 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) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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? Fra hvilket tidspunkt oplyser den tilskadekomne at være overgået til andet arbejde? 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 underarmen 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 underarmen 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>Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?</p> | <p>NEJ JA Hvis JA, hvordan er bevægeligheden?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Højre</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fremad-opad (norm 0-180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udad-opad (norm 0-180°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Bagud (norm 0-40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </tbody> </table> | | Højre | Venstre | Fremad-opad (norm 0-180°) | | | Udad-opad (norm 0-180°) | | | Bagud (norm 0-40°) | | | Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm) | | | Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm) | | |
| | Højre | Venstre | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fremad-opad (norm 0-180°) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Udad-opad (norm 0-180°) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bagud (norm 0-40°) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Udaddrejning (norm 0-60°) (med vandret underarm) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indaddrejning (norm 0-90°) (med vandret underarm) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 22 Er bevægeligheden i albueledet, inklusive underarmens drejebævelser, nedsat? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Højre</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</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°) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 (Udfyldes kun ved brud) Er underarmens stilling forandret (fejlstilling)? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor mange grader? | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 (Udfyldes kun ved brud) a) Er der solid heling? b) Er der hævelse? c) Er der ømhed? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 Er bevægeligheden i håndleddet nedsat? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Højre</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Opad (dorsalt) (norm 0-80°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Nedad (volart) (norm 0-80°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</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>26 Er der nedsat bevægelighed i fingrene?</p> <p>Hvis JA udfyldes skemaet til højre.</p> <p>Bevægeligheden anføres for både tilskadekomne fingre og for kontralaterale fingre.</p> <p>Vedrørende tommelens rodled:</p> <p>"Tommel, rodled, op-ned" betyder måling af vinklen mellem 1. og 2. finger, når tommelfingeren bevæges fra planet ved siden af 2. finger til planet frem foran 2. finger.</p> <p>"Tommel, rodled, udadføring" betyder måling af vinkel mellem 1. og 2. mellemhåndsknogle, når tommelfingeren føres ud fra 2. fingeren. Måles med hånden liggende fladt på et bord.</p> <p>Bemærk: ikke udfyldte felter for de enkelte fingre betyder, at de bevæges normalt.</p> | <p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | |
| | | <p>Højre</p> <p>Venstre</p> | |
| | | <p>Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Tommel, grundled (norm 0-50°)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Tommel, yderled (norm (0-80°)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Afstand til 2. fingers basis (cm)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Afstand til 5. fingers basis (cm)</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> |
| | | <p>Øvrige fingre:</p> | |
| | | <p>2. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> | |
| | | <p>3. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> | |
| | | <p>4. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> | |
| | <p>5. finger</p> <p>Grundled (norm 0-90°)</p> <p>Midterled (norm 0-100°)</p> <p>Yderled (norm 0-90°)</p> | | |

| | | | |
|--|---|---|-----------------|
| <p>27 Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?</p> | <p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p>Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?</p> | |
| | | <p>Højre</p> <p>Venstre</p> | |
| | | <p><input type="checkbox"/> 2. fingercm</p> | <p>..... cm</p> |
| | | <p><input type="checkbox"/> 3. fingercm</p> | <p>.....cm</p> |
| | | <p><input type="checkbox"/> 4. finger.....cm</p> | <p>.....cm</p> |
| | | <p><input type="checkbox"/> 5. finger.....cm</p> | <p>.....cm</p> |

| | | | | | |
|-----------|--|---|---|--|--|
| 28 | Er der muskelsvind: | NEJ JA | Hvis JA , udfyldes: | Højre | Venstre |
| | a) Af overarm (største omfang)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Omfangsmål (målt i cm) | | |
| | b) Af underarm (største omfang)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Omfangsmål (målt i cm) | | |
| | c) Af mellemhånden (handskemål)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Omfangsmål (målt i cm) | | |
| 29 | Er der føleforstyrrelser? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA , udfyldes: Hvor? | | |
| 30 | Skønnes håndtrykkraften nedsat? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Hvis JA , udfyldes: | Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær | Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær |
| 31 | Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser? | NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| 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.

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):