

Funktionsattest AES 340 Håndled

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? 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>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? 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><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>

<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 Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>																		
<p>18 Er tilskadekomne højrehåndet eller venstrehåndet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Venstrehåndet</p>																		
<p>19 Oplyser den tilskadekomne at have smerter i håndleddet 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>20 Oplyser den tilskadekomne at have smerter i håndleddet 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>21 Er bevægeligheden i skulderleddet nedsat (med frit skulderblad)?</p>	<p>NEJ JA 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)																	

22 Er bevægeligheden i albueleddet, inklusive underarmens drejebævelser, nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? Højre Venstre Bøjebevægelse (ext./flex.) (norm 0 - 140°) Udadrotation (supination) (norm 0 - 90°) Indadrotation (pronation) (norm 0 - 90°)
23 Er bevægeligheden i håndleddet nedsat?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvordan er bevægeligheden? Højre Venstre Opad (dorsalt) (norm 0-80°) Nedad (volart) (norm 0-80°) Mod tommel (radialt) (norm 0-30°) Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)
24 (Udfyldes kun ved brud) Er håndleddets stilling forandret (fejlstilling)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvorledes? Hvor mange grader?
25 (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"/>	
26 Er der skurren i håndleddet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<p>27 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tommel, grundled (norm 0-50°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Tommel, yderled (norm (0-80°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Afstand til 2. fingers basis (cm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Afstand til 5. fingers basis (cm)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Øvrige fingre:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">2. finger</td> </tr> <tr> <td>Grundled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Midterled (norm 0-100°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Yderled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3. finger</td> </tr> <tr> <td>Grundled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Midterled (norm 0-100°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Yderled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3">4. finger</td> </tr> <tr> <td>Grundled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Midterled (norm 0-100°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Yderled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3">5. finger</td> </tr> <tr> <td>Grundled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Midterled (norm 0-100°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Yderled (norm 0-90°)</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)	Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)	Tommel, grundled (norm 0-50°)	Tommel, yderled (norm (0-80°)	Afstand til 2. fingers basis (cm)	Afstand til 5. fingers basis (cm)	Øvrige fingre:			2. finger			Grundled (norm 0-90°)	Midterled (norm 0-100°)	Yderled (norm 0-90°)	3. finger			Grundled (norm 0-90°)	Midterled (norm 0-100°)	Yderled (norm 0-90°)	4. finger			Grundled (norm 0-90°)	Midterled (norm 0-100°)	Yderled (norm 0-90°)	5. finger			Grundled (norm 0-90°)	Midterled (norm 0-100°)	Yderled (norm 0-90°)
	Højre	Venstre																																																																							
Tommel, rodled, op-ned (norm 0-70°)																																																																							
Tommel, rodled, udadføring (norm 0-70°)																																																																							
Tommel, grundled (norm 0-50°)																																																																							
Tommel, yderled (norm (0-80°)																																																																							
Afstand til 2. fingers basis (cm)																																																																							
Afstand til 5. fingers basis (cm)																																																																							
Øvrige fingre:																																																																									
2. finger																																																																									
Grundled (norm 0-90°)																																																																							
Midterled (norm 0-100°)																																																																							
Yderled (norm 0-90°)																																																																							
3. finger																																																																									
Grundled (norm 0-90°)																																																																							
Midterled (norm 0-100°)																																																																							
Yderled (norm 0-90°)																																																																							
4. finger																																																																									
Grundled (norm 0-90°)																																																																							
Midterled (norm 0-100°)																																																																							
Yderled (norm 0-90°)																																																																							
5. finger																																																																									
Grundled (norm 0-90°)																																																																							
Midterled (norm 0-100°)																																																																							
Yderled (norm 0-90°)																																																																							
<p>28 Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?</p>	<p>NEJ JA <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> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Højre</th> <th>Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 2. finger</td> <td>.....cm</td> <td>..... cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 3. finger</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 4. finger.....</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 5. finger.....</td> <td>.....cm</td> <td>.....cm</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm	<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm	<input type="checkbox"/> 4. finger.....cmcm	<input type="checkbox"/> 5. finger.....cmcm																																																									
	Højre	Venstre																																																																							
<input type="checkbox"/> 2. fingercm cm																																																																							
<input type="checkbox"/> 3. fingercmcm																																																																							
<input type="checkbox"/> 4. finger.....cmcm																																																																							
<input type="checkbox"/> 5. finger.....cmcm																																																																							

29	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)
30	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:		
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvor?		
31	Skønnes håndtrykkraften nedsat?	NEJ JA	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
				<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
				<input type="checkbox"/> Svært	<input type="checkbox"/> Svært
32	Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser?	NEJ JA			
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
33	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?			
				
				
				
				

34 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>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p>
--	---