

# Funktionsattest

## AES 410 Hofteled/lårben

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**

a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge? **NEJ JA**

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**

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><b>6</b> 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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, 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><b>7</b> Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p><b>8</b> 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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, 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><b>9</b> 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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>10</b> Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 6, 7, 8 og 9?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvorledes? .....</p> <p>Hvor? .....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>

<p><b>11</b> Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, 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><b>12</b> 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><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:            Hvilke? .....            .....</p>
<p><b>13</b> a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade/sygdom?   <b>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</b></p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?</p>	<p><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, 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 <b>JA</b>, udfyldes:            Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:.....            (dag/måned/år)</p>
<p><b>14</b> 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><b>NEJ JA</b>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:             Dato:.....            (dag/måned/år)             .....</p>

<b>15</b>	<p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade/sygdom?</p> <p><b>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</b></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><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes: Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<b>16</b>	<p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<b>17</b>	<p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>
<b>18</b>	<p>Hvilken region er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Hofteledsnært <input type="checkbox"/> Midt på lårben <input type="checkbox"/> Knæsnært</p>
<b>19</b>	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i hofte/lårben i hvile?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, 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>
<b>20</b>	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i hofteled/lårben ved belastning?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, 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>
<b>21</b>	<p><b>(Udfyldes kun ved brud)</b></p> <p>Er benets stilling forandret (fx udadroteret)?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes? Hvor mange grader?</p>
<b>22</b>	<p><b>(Udfyldes kun ved brud)</b></p> <p>a) Er der forkortning af benet?</p> <p>b) Er der solid heling?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor mange cm?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<b>23</b>	Er bevægeligheden i hofteledet nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
				Højre	Venstre
			Strækning (ekstension)/bøjning (fleksion) (normalt 10/130)	.....	.....
			Udadføring (abduktion) (norm 0-45°)	.....	.....
			Indadføring (adduktion) (norm 0-30°)	.....	.....
			Udadrotation (norm 0-45°)	.....	.....
			Indadrotation (norm 0-40°)	.....	.....
<b>24</b>	Er knæleddets bevægelighed nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
				Højre	Venstre
			Strækning/bøjning (normalt 0/140)	.....	.....
<b>25</b>	Er der skurren i knæet?		Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
				Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> Let	<input type="checkbox"/> Let
				<input type="checkbox"/> Moderat	<input type="checkbox"/> Moderat
				<input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær
<b>26</b>	Er der muskelsvind:	<b>NEJ JA</b>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
				Højre	Venstre
	a) Af sædemuskler (synligt svind)?	<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"/> Svær	<input type="checkbox"/> Svær
	b) Af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm):	.....	.....
	c) Af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm):	.....	.....
<b>27</b>	Er der bløddelshævelse af knæled, underben eller ankel?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:		
				Højre	Venstre
	a) Omfang af knæled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Omfang af fodled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
<b>28</b>	a) Bevæges knæledet normalt?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:		
				<input type="checkbox"/> Som følge af skaden på hoften	<input type="checkbox"/> Af andre grunde .....
	b) Bevæges fodledet normalt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Som følge af skaden på hoften	<input type="checkbox"/> Af andre grunde.....

<b>29</b>	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Placering?..... .....
<b>30</b>	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor? .....
<b>31</b>	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?		
<b>32</b>	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?		..... ..... ..... ..... .....
<b>33</b>	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><b>Nøjagtig adresse (stempel):</b></p> <p>SE-nr.: .....</p> <p>Giro/Bank Regnr. Kontonr.: .....</p>	<p>Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):</p>
---	---