

Funktionsattest AES 430 Underben

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</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>

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>Hvilken region er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Knæsnært <input type="checkbox"/> Midt på underben <input type="checkbox"/> Fodledsnært</p>
19	<p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i underbenet 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 underbenet 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>a) Er underbenets stilling og form forandret (herunder fortykkelse af knogledele)?</p> <p>b) Er der forskel i forhold til den raske fod?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p>
22	<p>(Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er der fejlstilling eller forkortning på brudstedet?</p> <p>b) Er der solid heling?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
23	<p>Er knæleddets bevægelighed nedsat som følge af aktuelle skade?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Højre Venstre</p> <p>Strækning/bøjning (normalt 0/140)</p>

24	Er der skurren i knæet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , 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
25	Er fodleddets bevægelighed nedsat som følge af den aktuelle skade?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
			Op/ned (normalt 20/40)	.....	.....
26	Er der muskelsvind:	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) Af lår (10 cm over knæskallen)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Af læg (største omfang)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
27	Er der bløddelshævelse af knæled, underben eller ankel?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) Omfang af knæled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Omfang af fodled		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
28	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:		
			Placering?.....		
29	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes:		
			Hvor?		
30	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?				
31	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?			.....	.....
			
			
			
			

32 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>
--	---