

# Funktionsattest

## AES 440 Fodled

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	
<b>1</b> a) Er De den tilskadekomnes praktiserende læge?  b) Hvis De <b>ikke</b> er den tilskadekomnes praktiserende læge, anføres, hvilken behandlingsmæssig relation De har til den tilskadekomne (speciale, behandlingssted)	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  ..... .....
<b>2</b> Hvornår kom den tilskadekomne under Deres behandling?	Dato:..... (dag/måned/år)
<b>3</b> 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)
<b>4</b> Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt De hos den tilskadekomne, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>5</b> 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"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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><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"/> 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"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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><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"/> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin? .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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"/> 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>   b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?   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)   <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>   <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>

<p><b>15</b></p> <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>
<p><b>16</b></p> <p>Hvilke klager/symptomer fremfører den tilskadekomne nu?</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p><b>17</b></p> <p>Hvilken side er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p>
<p><b>18</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i anklen 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>
<p><b>19</b></p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have smerter i anklen 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>
<p><b>20</b></p> <p><b>Hvis JA til 19, udfyldes:</b></p> <p>Hvor i anklen oplyser den tilskadekomne, at smerterne sidder?</p>	<p><input type="checkbox"/> Fortil <input type="checkbox"/> Indersiden <input type="checkbox"/> Ydersiden</p> <p>(Der kan sættes mere end ét kryds)</p>
<p><b>23</b> (Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er fodens stilling og form forandret (herunder fortykkelse af knogledele)?</p> <p>b) Er der forskel i forhold til den raske fod?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?.....</p>
<p><b>24</b> (Udfyldes kun ved brud)</p> <p>a) Er der fejlstilling eller forkortning på brudstedet?</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"/> Hvorledes?.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>

<b>25</b>	a) Er fodleddets bevægelighed nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre
			Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)  Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)	.....  .....	.....  .....
	b) Er bagfodens bevægelighed nedsat (samlet pronation/supination)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
<b>26</b>	a) Er der løshed i fodgaflen?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær	<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svær
	b) Er der fri bevægelighed i storetåens grundled?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:  Bevæges op (dorsalflexion) (norm 0-45°)	.....  .....	.....  .....
<b>27</b>	Er der skurren i fodleddet ved bevægelse?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>28</b>	Er der ømhed ved gennemføling af fodleddet?		<input type="checkbox"/> Fortil <input type="checkbox"/> Indersiden <input type="checkbox"/> Ydersiden  (Der kan sættes mere end ét kryds)		
<b>29</b>	Er der muskelsvind:	<b>NEJ JA</b>	Hvis <b>JA</b> , 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)	.....	.....
<b>30</b>	Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre
	a) Omfang af underben (ankelnært)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) Omfang af ankel?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	c) Omfang af mellemfod?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
<b>31</b>	a) Bevæges hofteleddet normalt?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:		
			<input type="checkbox"/> Som følge af skaden på foden <input type="checkbox"/> Af andre grunde .....		
	b) Bevæges knæleddet normalt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Som følge af skaden på foden <input type="checkbox"/> Af andre grunde.....		

<b>32</b>	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Placering?..... .....
<b>33</b>	Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor? .....
<b>34</b>	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?		
<b>35</b>	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?		..... ..... ..... ..... .....
<b>36</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>
---	---