

# FP 360 - Statusattest til forsikring – Nakke

Attesten indgår som en del af aftalen mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen om attester og helbredsoplysninger mv. Det er aftalt mellem Forsikring & Pension og Lægeforeningen, at attesten kan udfyldes af enhver med lægefaglig baggrund.

## Udfyldes af forsikringsselskabet/rekvirenten:

Navn: \_\_\_\_\_ CPR-nr.: \_\_\_\_\_  
Stilling: \_\_\_\_\_  
Skadenr.: \_\_\_\_\_

## Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 17a og 17b bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_ ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

<b>1</b>	a) Er du patientens alment praktiserende læge?  b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, hvilken? ..... .....  NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Diagnose angivet på dansk og latin	1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:
<b>3</b>	a) Hvornår oplyser patienten at have mærket de første symptomer?  b) Hvilke symptomer?	Dato:..... (dag/md/år)
<b>4</b>	a) Hvornår oplyser patienten at have søgt læge/behandling første gang i forbindelse med aktuelle ulykkestilfælde?  b) Hvem søgte patienten første gang?	Dato:..... (dag/md/år)  <input type="checkbox"/> Egen praktiserende læge <input type="checkbox"/> Skadestue <input type="checkbox"/> Speciallæge <input type="checkbox"/> Kiropraktor <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Anden.....
<b>5</b>	Oplyser patienten at have været bevidstløs og/eller haft kortvarig glemsel (amnesia) i forbindelse med skaden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor længe?
<b>6</b>	Har skaden medført indlæggelse eller ambulat behandling eller genoptræning på sygehus?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvor? I hvilket tidsrum?
<b>7</b>	a) Oplyser patienten at have været sygemeldt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:

<p><b>Hvis JA til punkt 7 a) besvares nedenstående</b></p> <p>b) Er der udstedt lægeerklæring om uarbejdsdygtighed?</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I hvilke perioder?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fra dato:..... Varighed:..... (dag/md/år) (antal dage/uger/mdr)</p>
<p><b>8</b> Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</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"/> Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår (kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)?</p> <p>Med hvilket resultat?</p>
<p><b>9</b> a) Hvordan er patientens tilstand nu?</p> <p>b) Har der efter patientens oplysninger været symptomfrie perioder?</p> <p>c) Fra hvilket tidspunkt, skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> I bedring      <input type="checkbox"/> Ret uændret      <input type="checkbox"/> Under forværring</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis <b>JA</b>, i hvilket tidsrum? .....</p> <p>..... (md/år)</p>
<p><b>10</b> a) Oplyser patienten tidligere at være behandlet for sygdomme i nakke/halsregion?</p> <p>b) Oplyser patienten at være i behandling eller i gang med genoptræning?</p> <p>c) Oplyser patienten at være henvist til yderligere behandling eller genoptræning?</p> <p>d) Er behandlingen eller genoptræningen afsluttet?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b> udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvem og hvor (navn og adresse)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvornår forventes den afsluttet? ..... (dag/md/år)</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hos hvem og hvor (navn og adresse)?</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvornår forventes den påbegyndt? ..... (dag/md/år)</p> <p>Hvornår? ..... (dag/md/år)</p>
<p><b>11</b> a) Oplyser patienten at kunne varetage sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner? (Besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)</p> <p>c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed? (Besvares <b>kun</b> for selvstændige eller personer i ledende stilling)</p> <p>d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne varetage?</p>	<p><b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b>, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>
<p><b>12</b> <b>Besvares kun hvis patienten i punkt 11 d) har oplyst, at der er funktioner, der ikke kan varetages.</b></p> <p>Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan varetage</p>	

disse funktioner?			
<b>13</b>	Kan du på nuværende tidspunkt skønne, hvornår patienten kan a) varetage sit arbejde?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> På fuld tid Ca. fra dato: ..... (dag/md/år)
	b) varetage sine daglige funktioner fuldt ud? (besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> På fuld tid Ca. fra dato: ..... (dag/md/år)
<b>14</b>	Hvad oplyser patienten om udbredning og smertekarakter?		
<b>15</b>	a) Klager patienten over udstrålende smerter til skulder/arm?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
	b) Klager patienten over ændret følesans?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvor?
<b>16</b>	Er der klinisk bevægeindskrænkning i halshvirvelsøjlen?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Middelsvær <input type="checkbox"/> Svær
<b>17</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra nakke/hals regionen?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
	b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvilke?
<b>18</b>	Har patienten andre klager eller gener?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
<b>19</b>	a) Skønner du, at skaden eller sygdommen vil medføre varige følger?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> udfyldes: Hvilke?
	b) Kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> udfyldes: Hvorfor ikke?
<b>20</b>	Undersøgelsens dato		..... (dag/md/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.

Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med det foreliggende journalmateriale, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse af patienten:

Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:

.....  
Dato                      Lægens underskrift

**Nøjagtig adresse (stempel):**

Medmindre andet er aftalt forud for anmodningen til lægen om udfyldelse af denne attest, honoreres lægen efter fremsendelse af regning i henhold til lægens forretningsbetingelser.

04.04.36.04