

# FP 450 Funktionsattest – Fingre

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 6a og 6b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

\_\_\_\_\_

ddmm-yyyy

## Udfyldes af den undersøgende læge

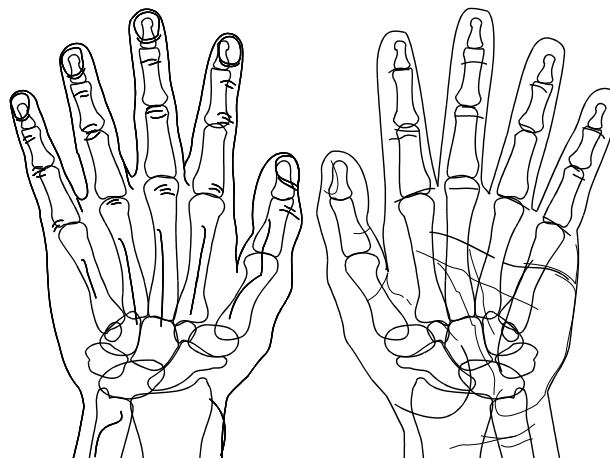
<b>1</b>	a) Er du patientens alment praktiserende læge?  b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?  c) Hvis nej til a og b): Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b> , hvilken? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ..... .....  <b>NEJ JA</b> . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>2</b>	Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose angivet på dansk: _____  Diagnose angivet på latin: _____
<b>3</b>	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	<b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b> , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Hvis <b>NEJ</b> , fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden?  ..... (dag/md/år)
<b>4</b>	a) Er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?  <b>Hvis JA til punkt 4a) besvares spørgsmål b):</b>  b) Hvilken dato er behandling (lægelig eller anden behandling) ophørt?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  Dato:..... (dag/md/år)  Arten af senest anvendt behandling:.....
<b>5</b>	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	<b>NEJ JA</b> Hvis <b>JA</b> , udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår?

		Med hvilket resultat?	
<b>6</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra fingrene?	<b>NEJ JA</b> <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 forværrer dens følger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvilke?
<b>7</b>	a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares <b>kun</b> for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid	
	d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?		
<b>8</b>	<b>Besvares kun, hvis patienten i punkt 7 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres.</b>  Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?		
<b>9</b>	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?		
<b>10</b>	a) Er patienten højrehåndet/venstrehåndet?	<input type="checkbox"/> Højrehåndet <input type="checkbox"/> Højre	<input type="checkbox"/> Venstrehåndet <input type="checkbox"/> Venstre
	b) Hvilken hånd er tilskadekommet?		

**11** Amputationer, ar, føleforstyrrelser, brud eller andet kan vises på denne tegning.

Beskrivelse af amputationer, ar og føleforstyrrelser kan om nødvendigt også ske i punkt 12, 13 og 14.

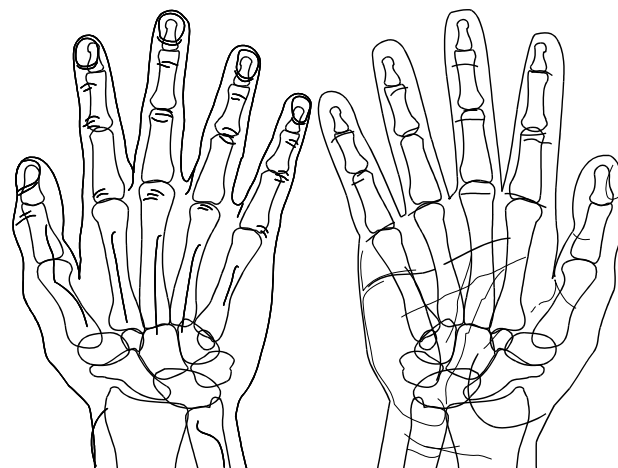
**Venstre**



**Dorsalt**

**Volart**

**Høire**



**Dorsalt**

**Volart**

**12** Amputationer?

**NEJ JA** Hvis **JA**, hvilke fingre og hvilket niveau?

**13** Er der ar?

**NEJ JA** Hvis **JA**, angives for hver tilskadekommen finger placering af ar (dorsalt - volart - radiale - ulnare):

**14** Er der føleforstyrrelser?

**NEJ JA** Hvis **JA**, angives for hver tilskadekommen finger lokalisationen (Dorsalt - volart - radiale - ulnare):

15	Er der nedsat bevægelighed i fingrene?  Hvis <b>JA</b> udfyldes skemaet til højre.  Bevægeligheden anføres for både tilskadede og for kontralaterale fingre.  Vedrørende tommelens rodled:  "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.  "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.  <b>Bemærk:</b> Ikke udfyldte felter for de enkelte fingre betyder, at de bevæges normalt.	NEJ	JA			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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 <b>basis</b> (cm)	.....	.....
				Afstand til 5. fingers <b>basis</b> (cm)	.....	.....
				<b>Øvrige fingre:</b>		
				<b>2. finger</b>		
				Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
				Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
				Yderled (norm 0-90°)	.....	.....
				<b>3. finger</b>		
				Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
				Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
				Yderled (norm 0-90°)	.....	.....
				<b>4. finger</b>		
				Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
				Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
				Yderled (norm 0-90°)	.....	.....
				<b>5. finger</b>		
				Grundled (norm 0-90°)	.....	.....
				Midterled (norm 0-100°)	.....	.....
				Yderled (norm 0-90°)	.....	.....

<b>16</b>	Er håndens pincetgreb svækket (pincetgreb mellem 1. og 2. finger)?	<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"/> Svært	<input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært
<b>17</b>	Kan alle fingrene knyttes til håndfladen?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:  Hvor mange cm mangler de i at nå til håndfladen (PVA-afstand)?	Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> 2. finger .....cm <input type="checkbox"/> 3. finger .....cm <input type="checkbox"/> 4. finger.....cm <input type="checkbox"/> 5. finger.....cm	..... cm ..... cm ..... cm ..... cm
<b>18</b>	a) Kan tommelfingerblommen nå blommen af de andre fingre?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes:  Hvor mange cm mangler tommelfingerblommen i at nå blommen af de andre fingre?	Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> 2. finger .....cm <input type="checkbox"/> 3. finger .....cm <input type="checkbox"/> 4. finger.....cm <input type="checkbox"/> 5. finger.....cm	..... cm .....cm .....cm .....cm
	b) Kan tommelfingerblommen nå basis (distale bøjefurer) på lillefingeren?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes  Hvor mange cm mangler tommelfingerblommen i at nå basis på lillefingeren ?	Højre	Venstre
				<input type="checkbox"/> 5. finger.....cm	.....cm
<b>19</b>	Er bevægeligheden i håndleddene nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre	Venstre
			Opad (dorsalt) (norm 0-80°)	.....	.....
			Nedad (volart) (norm 0-80°)	.....	.....
			Mod tommel (radialt) (norm 0-30°)	.....	.....

		Mod lillefinger (ulnart) (norm 0-40°)	.....	.....	
<b>20</b>	Skønnes håndtrykskraften nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:	Højre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært	Venstre <input type="checkbox"/> Let <input type="checkbox"/> Moderat <input type="checkbox"/> Svært
<b>21</b>	Er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebævelser, nedsat?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvordan er bevægeligheden nedsat:	Højre	Venstre
			Bøjebevægelighed (ext./flex.) norm 0-140°	.....	.....
			Udad rotation (supination) (norm 0-90°)	.....	.....
			Indad rotation (pronation) (norm 0-90°)	.....	.....
<b>22</b>	Er bevægeligheden i skulderleddene normal?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>23</b>	Er der muskelsvind:	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Højre	Venstre
	a) af overarm (største omfang)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
	b) af underarm (største omfang)?		Omfangsmål (målt i cm)	.....	.....
<b>24</b>	Er der kredsløbs- eller trofiske forstyrrelser?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>25</b>	Eventuelle bemærkninger?				
<b>26</b>	Undersøgelsens dato		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.

04.05.45.04