

FP 480 Funktionsattest - Fod og underben

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 forsikrings-selskabet/revirenten:

Navn: _____ CPR-nr.: _____

Stilling: _____

Skadenr.: _____

Til lægen (udfyldes af selskabet):

Spørgsmål 5a og 5b i attesten bedes besvaret for en periode på [10] år forud for skadestidspunktet, som er:

 ddmm-yyyy

Udfyldes af den undersøgende læge

1	a) Er du patientens alment praktiserende læge?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	b) Hvis nej til a): Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingssted)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, hvilken?
	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"/>	

2	Diagnose angivet på dansk og latin	1. Dansk:	
		1. Latin:	
		2. Dansk:	
		2. Latin:	
		3. Dansk:	
		3. Latin:	

3	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?
			Hvis NEJ, fra hvilket tidspunkt skønnes der ikke at have været væsentlig fremgang eller bedring i tilstanden? dag/md/år

4	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes:
			Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår? (kopi af beskrivelse bedes om muligt vedlagt)
			Med hvilket resultat?

5	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra fod og/eller underben?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes:
			Hvilke?
	b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre forhold inden for de seneste [10] år har	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes:
			Hvilke?

<p>haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?</p>			
<p>6</p> <p>a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister og børn)?</p> <p>c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?</p> <p>d) Hvilke funktioner af sit hidtidige arbejde eller daglige funktioner oplyser patienten ikke at kunne udføre?</p>	<p>NEJ JA</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>7</p> <p>Besvares kun, hvis patienten i punkt 6 har oplyst, at der er funktioner, som ikke kan udføres.</p> <p>Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?</p>			
<p>8</p> <p>Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?</p>			
<p>9</p> <p>a) Hvilken side er tilskadekommet?</p> <p>b) Hvilken region er tilskadekommet?</p>	<p><input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre</p> <p><input type="checkbox"/> Knæsnært <input type="checkbox"/> Midt på underben <input type="checkbox"/> Fodledsnært</p>		
<p>10</p> <p>a) Er underbenet/fodens stilling og form forandret (herunder fortykkelse af knogledele)?</p> <p>b) Er der forskel i forhold til det raske underben/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>		
<p>11</p> <p>Er der fejlstilling eller forkortning på brudstedet? (Udfyldes kun ved brud)</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvorledes?</p>		
<p>12</p> <p>a) Er fodleddets bevægelighed normal?</p>	<p>NEJ JA Hvis NEJ, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)</p> <p style="text-align: right;">Højre Venstre</p> <p style="text-align: right;">.....</p>		

		Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)		.....	.....
b) Er fodens drejebævegelse normal? (pronation og supination af foden)		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Let nedsat	<input type="checkbox"/> Let nedsat
				<input type="checkbox"/> Moderat nedsat	<input type="checkbox"/> Moderat nedsat
				<input type="checkbox"/> Svær nedsat	<input type="checkbox"/> Svær nedsat
13	a) Er der løshed i fodgaflen?	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
	b) Er der fri bævegelighed i storetåens grundled?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , udfyldes: Bævegelses op (dorsalflexion) (norm 0-45°)	.....	.....
14	Er der muskelsvind:	NEJ JA	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)	.....	.....
15	Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , 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)	.....	.....
16	a) Er bævegeligheden i hoftelæddet normalt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis NEJ , udfyldes:	Højre	Venstre
			Strækning (ext.) (normal 0/10) °	.....	.....
			Bøjning (flex.) (norm 0-130°)	.....	.....
			Udadføring (abduction) (norm 0-45°)	.....	.....
			Indadføring (adduction) (norm 0-30°)	.....	.....
			Udadrotation (norm 0-45°)	.....	.....
			Indadrotation (norm 0-40°)	.....	.....

b) Er bevægeligheden i knæleddet normalt?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Let nedsat <input type="checkbox"/> Moderat nedsat <input type="checkbox"/> Svær nedsat	<input type="checkbox"/> Let nedsat <input type="checkbox"/> Moderat nedsat <input type="checkbox"/> Svær nedsat
17 Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Omfang og placering?	
18 Er der føleforstyrrelser?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor?	
19 Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?			
20 Eventuelle bemærkninger?			
21 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. 04.05.48.04