

# FP 490 Funktionsattest – Tær, mellemfod, fodrod

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/rekvirenten:

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:

\_\_\_\_\_ dmm-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> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken? ..... .....
<b>2</b>	Diagnose angivet på dansk og latin:	1. Dansk:  1. Latin:	
<b>3</b>	Skønner du, at fortsat eller yderligere behandling kan føre til en bedring i tilstanden?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , hvilken behandling eller genoptræning (kort beskrivelse)?   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>	Er der foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilken type undersøgelse, hvor og hvornår?  Med hvilket resultat?
<b>5</b>	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra tær – mellemfod - fodrod?  b) Skønner du på det foreliggende grundlag, at sygdomme eller andre	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes:  Hvilke?  Hvis <b>JA</b> , udfyldes:

forhold inden for de seneste [10] år har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller har forværret dens følger?	Hvilke?	
<p><b>6</b></p> <p>a) Oplyser patienten at have genoptaget sit arbejde?</p> <p>b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares <b>kun</b> for personer uden arbejde, fx pensionister og 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 udføre?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p> <p><input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid</p>
<p><b>7</b></p> <p><b>Besvares kun hvis patienten i punkt 6 har oplyst at der er funktioner, der ikke kan udføres.</b></p> <p>Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre disse funktioner?</p>		
<p><b>8</b></p> <p>Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?</p>		
<p><b>9</b></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"/> tå <input type="checkbox"/> Mellemfod <input type="checkbox"/> Fodrod</p>	
<p><b>10</b></p> <p>Ledskred?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, angiv hvor?</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 2 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)</p>
<p><b>11</b></p> <p>Brud?</p>	<p><b>NEJ JA</b></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis <b>JA</b>, angiv hvor bruddet sad på knoglen?</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled</p> <p><input type="checkbox"/> Tå nummer 2</p>

		<input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distalt <input type="checkbox"/> Midten <input type="checkbox"/> Proksimalt  <input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)									
<b>12</b> Amputationer?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , angiv hvor?  <input type="checkbox"/> Tå nummer 1 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 2 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 3 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 4 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Tå nummer 5 <input type="checkbox"/> Yderled <input type="checkbox"/> Mellemlid <input type="checkbox"/> Grundled  <input type="checkbox"/> Mellemfodsknogle nummer: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Distalt <input type="checkbox"/> Midten <input type="checkbox"/> Proksimalt  <input type="checkbox"/> Fodrod (angiv mellem hvilke fodrodknogler)									
<b>13</b> a) Er fodleddets bevægelighed normal?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>NEJ</b> , udfyldes: <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Højre</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Venstre</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> <tr> <td>Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)</td> <td style="text-align: center;">.....</td> <td style="text-align: center;">.....</td> </tr> </tbody> </table>		Højre	Venstre	Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)	.....	.....	Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)	.....	.....
	Højre	Venstre									
Op (dorsalflexion) (norm 0-20°)	.....	.....									
Ned (plantarflexion) (norm 0-40°)	.....	.....									
b) Er bagfodens drejebævegelse normal? (pronation og supination af foden)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Let nedsat</td> <td style="width: 20%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Let nedsat</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Moderat nedsat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Moderat nedsat</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Svær nedsat</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Svær nedsat</td> </tr> </tbody> </table>		<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
	<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									

<b>14</b>	a) Er der løshed i fodgaflen?	<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"/> Svær	Venstre <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>15</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>16</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>17</b>	Er der ødem, varicer, hudforandringer, ar?	<b>NEJ JA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Omfang og placering?		
<b>18</b>	a) Er der føleforstyrrelser?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis <b>JA</b> , udfyldes: Hvor?		
	b) Er der puls i foden?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvor?		
	Hvis nej til 17 b)				
	Har skadelidte dig bekendt sukkersyge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	Har skadelidte dig bekendt åreforkalkning?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<b>19</b>	Hvordan er gangen (fx haltende, anvender én stok, to stokke, andre hjælpemidler)?				
<b>20</b>	Eventuelle bemærkninger?				
<b>21</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.

04.05.49.03