

FP 500 Funktionsattest – Øje

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 8a og 8b 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 den øjenlæge, som skadelidte normalt konsulterer? 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"/> NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvilken?
2	Hvornår kom den skadelidte under din behandling?		Dato:..... (dag/måned/år)
3	a) Hvilke klager/symptomer oplyser den skadelidte, at der opstod efter den aktuelle skade/sygdom? b) Hvornår oplyser den skadelidte, at de første symptomer opstod?		Dato:..... (dag/måned/år)
4	Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt du hos den skadelidte, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom (jf. punkt 2)?		
5	a) Diagnose angivet på dansk og latin: b) Hvilket øje er skadet?		1. Dansk: 1. Latin: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Begge
6	Oplyser den skadelidte: a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hos hvilken speciallæge? Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?.....

	b) at der for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hos hvilken speciallæge?
7	Oplyser den skadelidte at have været indlagt for den aktuelle skade/sygdom?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvor? Hvornår?..... (dag/måned/år)
8	a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra øjnene? 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?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke? Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
9	Hvilke klager/symptomer fremfører den skadelidte nu?		
10	Hvis skadelidtes synsstyrke før aktuelle skade/sygdom er dig bekendt, bedes denne anført (angivet som synsbræk for begge øjne) Hvis skadelidte bruger briller eller kontaktlinser, skal disse anvendes under målingen af synsstyrken		Synsstyrken (synsbræk) før aktuelle skade/sygdom. Synsstyrke på højre øje Synsstyrke på venstre øje
11	Oplyser den skadelidte at have smerter i øjet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Lette smerter <input type="checkbox"/> Middelsvære smerter <input type="checkbox"/> Svære smerter
12	Er den skadelidte blind (manglende synssans) på det ene øje? Hvis JA, skal 13, 14, 15 og 16 ikke besvares	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
13	Oplyser den skadelidte at have nedsættelse af synet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
14	Oplyser den skadelidte at have dobbeltsyn?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
15	Oplyser den skadelidte at have tåreflåd?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
16	Oplyser den skadelidte at have blænding?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
17	Oplyser den skadelidte at have irritation i øjet?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
18	Oplyser den skadelidte andre symptomer?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke symptomer?

19	Er der objektive forandringer af øjenlåg?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje Hvilke forandringer?
20	Er der andre forandringer af øjenomgivelserne (eksterna) end anført under punkt 25?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Ved højre øje <input type="checkbox"/> Ved venstre øje Hvilke forandringer?
21	Er der objektive forandringer af øjeæble?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Højre øje <input type="checkbox"/> Venstre øje Hvilke forandringer?
22	Hvad er synsstyrken (bedes angivet som synsbrøk for begge øjne)? Hvis skadelidte bruger briller eller kontaktlinser, skal disse anvendes under målingen af synsstyrken		Synsstyrken (synsbrøk) <u>efter</u> aktuelle skade/sygdom. Synsstyrke på højre øje..... Synsstyrke på venstre øje
23	Er synsfeltet for finger indskrænket på et af øjnene?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , angives: Synsfelt på højre øje..... Synsfelt på venstre øje
24	Er der indskrænket bevægelighed af øjnene, som giver dobbeltsyn?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> På højre øje <input type="checkbox"/> På venstre øje
25	Giver den skadelidtes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?		
26	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.
 Medmindre andet er anført, er jeg indforstået med, at selskabet kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller denne 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.