

FP 510 Funktionsattest – Hørelse

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 øre-næse-halslæge, som skadelidte normalt konsulterer? **NEJ JA**
- b) Hvis nej til a): **NEJ JA** Hvis **JA**, hvilken?
Har du en anden behandlingsmæssig relation til patienten (speciale, behandlingsted)?
.....
- c) Hvis nej til a og b): **NEJ JA**
Jeg har ingen behandlingsmæssig relation til patienten og har kun set patienten ifm. denne attestudstedelse?

- 2** Hvornår kom den skadelidte under din behandling? Dato:.....
(dag/måned/år)

- 3** Hvorledes oplyser skadelidte, at det akustiske traume opstod?

- 4** a) Hvilke klager/symptomer oplyser den skadelidte, at der opstod på hørelsen efter den aktuelle skade/sygdom/akustiske traume?

- b) Hvornår oplyser den skadelidte, at de første symptomer opstod? Dato:.....
(dag/måned/år)

- 5** Hvilke læsioner og sygelige tilstande fandt du hos den skadelidte, som var forårsaget af den aktuelle skade/sygdom/akustiske traume?

<p>6 Diagnose angivet på dansk og latin:</p>	<p>1. Dansk: 1. Latin:</p>
<p>7 Såfremt der er andre relevante diagnoser, bedes disse angivet på dansk og latin:</p>	<p>2. Dansk: 2. Latin: 3. Dansk: 3. Latin:</p>
<p>8 a) Har patienten dig bekendt inden for de seneste [10] år haft sygdomme, klager eller symptomer fra ørerne/hørelsen? 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?</p>	<p>NEJ JA Hvis JA, udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvilke?</p>
<p>9 Hvilke klager/symptomer fremfører den skadelidte nu?</p>	
<p>10 Oplyser den skadelidte at forstå almindelig tale på tomandshånd uden baggrundsstøj og uden at kunne se den talendes ansigt?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>11 Oplyser den skadelidte at forstå almindelig tale på tomandshånd uden at kunne se den talendes ansigt, selvom der er nogen baggrundsstøj svarende til en samtale i en bil eller foran fjernsyn?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>12 Oplyser den skadelidte at have balanceproblemer?</p>	<p>NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes: Hvilke balanceproblemer?</p>

13

Er der foretaget **TONEAUDIOMETRI?**

Følgende symboler bedes anvendt

Luftledning

- = højre øre
- = højre øre maskeret
- × = venstre øre
- ⊗ = venstre øre maskeret

Benledning

- [= højre øre
- < = højre øre maskeret
-] = venstre øre
- > = venstre øre maskeret
- ┌ = bedste øres benledning

Impedans

- ← = stapediusrefleks i højre øre med lyd i venstre øre
- = stapediusrefleks i venstre øre med lyd i højre øre
- ↖ = stapediusrefleks i højre øre med lyd i venstre, ikke udløst
- ↗ = stapediusrefleks i venstre øre med lyd i højre, ikke udløst

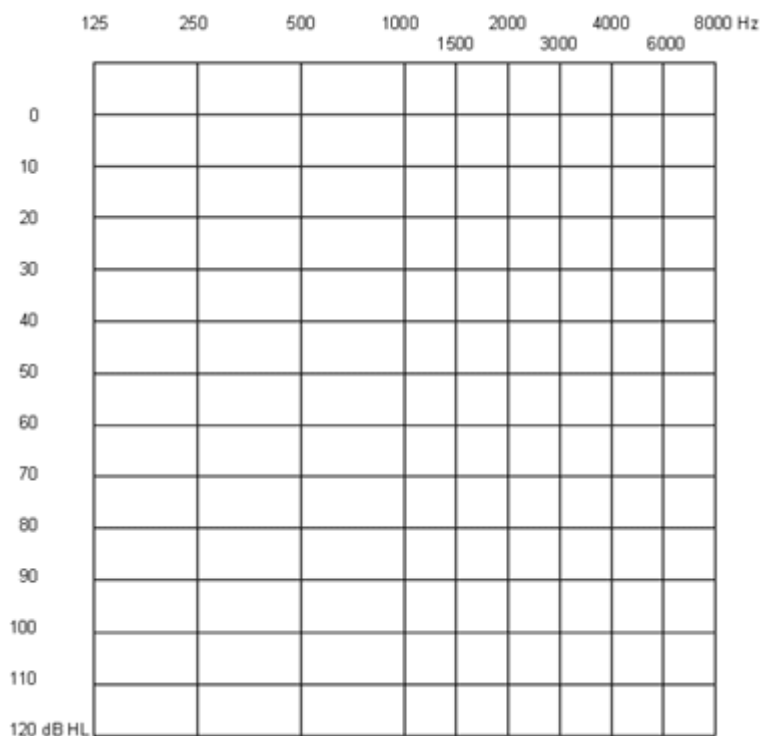
Weber

- ↑ = Weber lateraliseret til højre øre
- ↓ = Weber lateraliseret til venstre øre
- ↕ = Weber i midtlinien (lateraliseres ikke)

NEJ JA

Hvis **JA**, udfyldes nedenstående audiogram:

(eventuelt print fra Auditbase kan vedlægges)



Dato for optagelse af audiogrammet
(dag/måned/år)

14

Er der foretaget **TALEAUDIOMETRI?**

- SRT = taletærskel
- DL = diskriminationstab
- D = diskrimination
- MCL = den mest behagelige lydstyrke

Diskriminationstab (DL) i støj* (talesignal 65 dB SPL) i frit felt eller hovedtelefon højre + venstre?

Eller diskrimination (D) i støj* (talesignal 65 dB SPL) i frit felt eller hovedtelefon højre + venstre?

NEJ JA

Hvis **JA**, udfyldes:

	Højre øre	Venstre øre
SRT		
DL i ro ved MCL	%	%
D i ro ved MCL	%	%
MCL		

Dato for optagelse af taleaudiometrien
(dag/måned/år)

.....%

* For støjen anføres:

Støjens art

Støjens styrke

15	Er der ved otoskopien fundet patologiske forandringer?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke forandringer?
16	Oplyser skadelidte at have tinnitus? a) Hvornår oplyser den skadelidte at have bemærket tinnitus første gang? b) Oplyser den skadelidte, at tinnitus er konstant til stede? c) Oplyser den skadelidte, at tinnitus er intermitterende til stede?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Dato:..... (dag/måned/år) <input type="checkbox"/> På højre øre <input type="checkbox"/> På venstre øre <input type="checkbox"/> På højre øre <input type="checkbox"/> På venstre øre
17	Giver den skadelidtes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?		
18	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 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.

04.05.51.03