

FPT 001

Lægeattest vedr. ulykkestilfælde eller sygdom

Udfyldes af Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor

Navn:

CPR-nr.:

Stilling:

Skadenr.

Skadedato:

Udfyldes af den undersøgende læge

1	a) Hvordan beskriver patienten skadens eller sygdomstilfældets opståen? b) Er skaden eller sygdommen efter det oplyste opstået i arbejdstiden? c) Oplyser patienten at været sygemeldt?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, i hvilke perioder?.....
2	a) Tidspunkt for den første lægehjælp? b) Hvem ydede den første lægehjælp? (oplys læge eller sygehus)	Dato: (dag/md/år) Navn og adresse:	
3	Hvilke aktuelle klager fremfører patienten?		
4	a) Har patienten dig bekendt tidligere haft sygdomme, klager eller symptomer i samme region? b) Skønner du, at tidligere sygdomme eller andre forhold har haft nogen form for indflydelse på den nuværende skade eller sygdom eller forværret dens følger?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA, udfyldes: Hvilke? Hvilke?
5	Diagnose angivet på dansk og latin:		1. Dansk: 1. Latin: 2. Dansk: 2. Latin:

6	a) Hvem har tidligere behandlet patienten?	NEJ JA	Navn og adresse:
	b) Er patienten i behandling eller i gang med genoptræning?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hos hvem (navn og adresse)?
	c) Er patienten henvist til yderligere behandling eller genoptræning?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hos hvem (navn og adresse)?
	d) Er behandlingen eller genoptræningen afsluttet?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , hvornår?..... (dag/md/år)
7	a) Oplyser patienten at kunne deltage i sit arbejde?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: <input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
	b) Oplyser patienten at kunne varetage sine daglige funktioner (besvares kun for personer uden arbejde, fx pensionister eller børn)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
	c) Oplyser patienten at kunne føre tilsyn med sin virksomhed (besvares kun for selvstændige eller personer i ledende stilling)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Delvist <input type="checkbox"/> På fuld tid
8	Hvad er den lægelige eller medicinske årsag til, at patienten ikke kan udføre sit arbejde eller daglige funktioner? Besvares kun hvis patienten i punkt 7 har oplyst, at der er funktioner, der ikke kan udføres		
9	a) Skønner du, at skaden eller sygdommen vil medføre varige følger?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
	b) Kan ikke vurderes på nuværende tidspunkt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
10	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.
Med mindre andet er anført, er jeg indforstået med, at forsvaret kan udlevere en kopi af attesten til patienten eller dennes repræsentant.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser, mit kendskab til patienten, mine spørgsmål til patienten og min undersøgelse:	Attesten sendes i lukket kuvert mærket "Attest" til:
..... Dato Lægens underskrift	Forsvarets Personeltjeneste Forsvarets Arbejdsskade- og Erstatningskontor Lautrupvej 8, 2750 Ballerup
Nøjagtig adresse (stempel):	EAN- nummer:
CPR-nr./SE-nr.:	Ordrenummer:
Giro/Bank Regnr. Kontonr.:	Personreference: