

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

Patienterstatningen
- behandlings- og lægemiddelskader

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Fod

Patientens navn: _____

CPR-nr.: _____ Sagsnummer: _____

1. I hvilken fod er der sket en skade? venstre højre

2. Fodens stilling og form (herunder fortykkelse af knogledele):

Fodstilling ved almindelig stand (valgus/varus/sammenfald)?

Er der forskel fra den raske fod?

3. I hvilken udstrækning kan fodledet bevæges opad og nedad fra ret vinkel? (Målt i grader)			Venstre	Højre
	Op	Aktivt (0-20°)		
Passivt				
Ned	Aktivt (0-50°)			
	Passivt			

4. I hvilken udstrækning kan fodens drejebælgelser udføres?	Udad (supination) (30°)		
	Indad (pronation) (15°)		

5. Er ankelleddet stabilt? _____

6. Er der fri bevægelighed i storetåens grundled? _____

7. Er der muskelsvind: a) af læg? (tykkeste sted) b) af lår? (10 cm over knæskallen).			Venstre	Højre
	Omfangsmål		cm	cm
		cm	cm	

8. Er der bløddelshævelse af fod eller ankel? Omfang af smalben? Omfang af ankel?			Venstre	Højre
	Omfangsmål		cm	Cm
		cm	Cm	

9. Er der skurren i fodledet? _____

10. Er knæet normalt? (fx aksebevægelighed, stabilitet etc.)

Er hoftelæddet normalt? _____

11. Er der føleforstyrrelser? _____

Navn:

sagsnummer:

Hvis ja, hvilket nerveområde	
12. Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?	
13. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).	
14. Hvilke klager har patienten?	
15. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?	
16. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	

17. Eventuelle bemærkninger:

18. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

_____ Lægens CPR-nr./SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel

Lægen bedes sende fodskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.02.02)