

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

Lår

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------|
| Patientens navn: | | | |
| CPR-nr.: | | Sagsnummer: | |
| 1. I hvilket lår er der sket en skade? | | | |
| | | <input type="checkbox"/> venstre | <input type="checkbox"/> højre |
| 2. Hvor på låret sad bruddet? Er der synlig og/eller følelig deformitet? | | | |
| 3. Hvordan er benets stilling? (fx udadroteret) | | | |
| 4. Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)? | | | |
| 5. Hvordan er bevægeligheden i hoftelæddet? (målt i grader fra strakt stilling) | | | |
| | | Venstre | Højre |
| Strækning (20°) | | | |
| Bøjning (120°) | | | |
| Udadføring (60°) | | | |
| Indadføring (30°) | | | |
| Udaddrøjning (60°) | | | |
| Indaddrøjning (30°) | | | |
| 6. Er der strækkemangel i knæleddet? Hvis ja: hvor mange grader mangler der i fuld strækning? | | | |
| | | Venstre | Højre |
| Er der bøjemangel i knæleddet? Hvis ja; hvor mange grader bøjes fra normalt strakt stilling (0-160°) | | | |
| 7. Er der i øvrigt noget at bemærke ved knæet? (F.eks. ansamling, skurren, siderokken løshed bagfra - fortil) | | | |
| 8. Er der muskelsvind: | | | |
| | | Venstre | Højre |
| a) af lår? (10 cm over knæskallen) | | cm | cm |
| b) af læg? | | cm | cm |
| Er der hævelse af smalben? | | cm | cm |
| 9. Er der føleforstyrrelser? | | | |

Navn:

sagsnummer:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 10. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper). | |
| 11. Hvilke klager har patienten? | |
| 12. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår? | |
| 13. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja; fra hvilket tidspunkt? | |

14. Eventuelle bemærkninger:

15. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

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

Stempel

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