

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

Lægemiddelskadeerklæring

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

Formålet med erklæringen er at beskrive patientens generelle og aktuelle helbredstilstand med henblik på Patienterstatningens vurdering af sagen efter lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (KEL).

Efter KEL ydes erstatning for skader som følge af en behandling, som patienten har gennemgået. Derimod ydes der ikke erstatning for den sygdom, der blev undersøgt eller behandlet.

Erklæringen skal derfor primært indeholde en beskrivelse af komplikationerne, men skal også indeholde oplysninger om patientens generelle helbredstilstand og eventuel forudbestående sygdom.

1. Udfyldes af Patienterstatningen

a) Årsag til undersøgelse eller behandling (oprindelig lidelse):

b) Komplikationer til undersøgelsen eller behandlingen:

c) Dato for komplikationens indtræden:

(ID-nr. 04.08.02.02)

Navn:

sagsnummer:

Udfyldes af lægen (ved ekstremitetsskader: Se vedlagte invaliditetsskema)

<p>2. Patientens klager</p> <p>a. Hvilke symptomer klager patienten over (jf. ovenfor under pkt. 1b)?</p> <p>b. Var en eller flere af symptomerne tilstede forud for den indtrådte komplikation (se ovenfor pkt. 1c)?</p>	
<p>3. Iværksatte behandlinger</p> <p>a. Er patienten under behandling for disse symptomer (jf. 2 a)?</p> <p>Hvis ja:</p> <p>Angiv behandlingens art og omfang samt hvor længe denne forventes at skulle fortsætte</p>	
<p>4. Klinisk undersøgelse (ved ekstremitetsskader anvendes særligt skema)</p>	
<p>5. Lægens vurdering</p> <p>a. Anser du patientens tilstand for blivende?</p> <p>b. Er der udsigt til yderligere bedring?</p> <p>c. Kan der forventes forværring/senfølger?</p>	
<p>d. Mener du, at patienten nu er arbejdsdygtig i samme omfang som før den indtrådte komplikation?</p> <p>Hvis nej:</p> <ul style="list-style-type: none">- Hvilke arbejdsfunktioner mener du da, at patienten ikke længere kan udføre?- Er der andre årsager end den ind	

Navn:

sagsnummer:

trådte komplikation til eventuel nedsat arbejdsevne?	
6. Lægens kendskab til patienten a. Hvor længe har du været patientens praktiserende læge? b. Er der i patientens tidligere sygehistorie forhold, der kan være disponerende for den indtrådte skade, og da hvilke (f.eks. overvægt, kroniske sygdomme, misbrug m.v.)? Hvorledes er patientens generelle helbredstilstand?	
7. Medicin og omfanget heraf a. Før komplikationen: b. Efter komplikationen:	
8. Eventuelle bemærkninger	
Er du momsregistreret? Sæt kryds: ja:___ nej: ___ Lægens stempel med CVR-nr./CPR-nr. samt konto nr.	_____ Dato for undersøgelse _____ Lægens underskrift

Lægen bedes sende lægemiddelskadeerklæringen til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens Attestudvalg.