

## Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen



KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Lægen bedes sende hofteskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.06.02)

Lægen kan udfylde skemaet på en af to følgende måder:

Digitalt: Du kan udfylde og sende skemaet digitalt. Du henter det digitale skema på vores hjemmeside [www.pebl.dk](http://www.pebl.dk), søg på ordet invaliditetsattester.

Manuelt: Du kan udfylde skemaet i hånden og sende det til Patienterstatningen med brev, via fax eller med sikker mail til [pebl@patienterstatningen.dk](mailto:pebl@patienterstatningen.dk)

## Hofte

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1.	I hvilken hofte er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2.	Er der fortykkelse af knogle- eller bløddele ved hoften?			
3.	Er den store lårbensknos (trochanter) stilling forandret?			
4.	Er benets stilling forandret? (F.eks. udadroteret, adduceret i hoften og da hvor mange grader).			
5.	Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?			
6.	Hvordan er bevægeligheden i hofteleddet? (målt i grader fra strakt stilling)		Venstre	Højre
		Strækning (20°)		
		Bøjning (120°)		
		Udadføring (60°)		
		Indadføring (30°)		
		Udadrejning (60°)		
7.	Er der skurren i hofteleddet?		Venstre	Højre
8.	Bevæges knæleddet frit? Er der skurren i leddet?		Venstre	Højre

Navn:

sagsnummer:

9. Bevæges benets andre led frit?			
10. Er der muskelsvind:	Omfangsmål	Venstre	Højre
a) af læg?		cm	cm
b) af lår? (10 cm over knæskallen)		cm	cm
c) af sædemusklen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nej		
11. Er der føleforstyrrelser?			
12. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok inde på trapper).			
13. Hvilke klager har patienten?			
14. Er der foretaget røntgenundersøgelse?  Hvis ja: hvor og hvornår?			
15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			
16. Eventuelle bemærkninger:			

Navn:

sagsnummer:

17. Undersøgelsens dato:

Lægens bankforbindelse:

reg. nr.: \_\_\_\_\_

kontonr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lægens SE-nr./CVR-nr.: \_\_\_\_\_

Stempel