

## 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

Lægen bedes sende underbensskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.11.02)

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)

## Underben

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1. I hvilket underben er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre		
2. Ved brud: Er der solid heling? Er der ømhed ved palpation af bruddet?				
3. Er der fortykkelse på brudstedet?				
4. Er der stillingsforandring på brudstedet? Hvis ja: hvor stor? Og i hvilken retning?				
5. Er benet forkortet, og da hvor meget (cm)?				
6. Er der stillingsforandring af foden? (f.eks. valgus/varus i bagfoden) Er der formforandring af foden? (f.eks. stiv platfod) Er der forskel fra den raske fod?				
7. I hvilken udstrækning kan fodleddet bevæges opad og nedad fra ret vinkel? (Målt i grader)		Venstre	Højre	
	Op (normal 20°)	Aktiv		
		Passiv		
	Ned (normal 50°)	Aktiv		
Passiv				
8. Foretag en passiv udmåling af fodens drejebevægelser (målt i grader)	Udad (supination) (normal 30°)			
	Indad (pronation)			

Navn: \_\_\_\_\_

sagsnummer: \_\_\_\_\_

		(normal 15°)				
9. Er der normal passiv ekstension i knæleddet fra strakt stilling? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej  Hvis nej: hvor mange grader mangler i fuld strækning? (normal stræk 0-25° (overstræk))  Er der normal passiv fleksion i knæleddet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Venstre		Højre			
Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)		Venstre		Højre		
10. Er der i øvrigt noget at bemærke ved knæet? (F.eks. ansamling, skurren, siderokke, løshed bagfra – fortil).  Findes disse forandringer på det andet knæ?						
11. Er kraften over ankelleddet normal?			Venstre		Højre	
			Ja	Nej	Ja	Nej
	Opad					
Nedad						
12. Bevæges de øvrige led frit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
13. Er der muskelsvind:  a) af læg? (tykkeste sted)  b) af lår? (10 cm over knæskallen)	Omfangsmål		Venstre		Højre	
			cm		cm	
			cm		cm	
14. Er der føleforstyrrelser?						
15. Er der: Ødem, varicer, hudforandringer, ar  Hvis ja: hvor?						
16. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, på trapper, stok ude, stok inde).						
17. Hvilke klager har patienten?						
18. Er der foretaget røntgenundersøgelse?  Hvis ja, hvor og hvornår?						
19. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?						
20. Eventuelle bemærkninger:						

Navn: \_\_\_\_\_ sagsnummer: \_\_\_\_\_  
21. Undersøgelsens dato: \_\_\_\_\_

Lægens bankforbindelse: reg. nr.: \_\_\_\_\_ kontonr.: \_\_\_\_\_

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

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

Stempel