

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen



KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V
TEL +45 33 12 43 43 • FAX +45 33 12 43 41
pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Sådan udfylder og sender lægen patientskadeerklæringen

Digitalt: Vi anbefaler, at lægen udfylder skemaet digitalt. Lægen henter det digitale skema på Patienterstatningens hjemmeside www.patienterstatningen.dk, søg på "Skemaer til sundhedspersoner".

Manuelt: Lægen kan udfylde skemaet i hånden og sende det via EDI Portalen/Edifact/MEDcom (find os under "Andre kommunikationspartnere". Skriv klinikens navn under besked), med MitID og medarbejdersignatur via Digitalpost.dk/Virk.dk, skriv Patienterstatningen i adressefeltet. Vores CVR-nr. er 16027901.

Skemaet kan også sendes med almindelig papirpost til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V.

Sådan sender lægen fakturaen

Lægen sender fakturaen til Patienterstatningen via EAN-nr.: 5790002316418.

Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens Attestudvalg (ID-nr. 04.08.11.02).

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	Aktiv		

Navn: , sagsnummer:

	(normal 50°)	Passiv				
8. Foretag en passiv udmåling af fodens drejebevægelser (målt i grader)	Udad (supination) (normal 30°)					
	Indad (pronation) (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			
	Venstre		Højre			
Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)						
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)			Venstre		Højre	
	Omfangsmål		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?						

Navn: , sagsnummer:

20. Eventuelle bemærkninger:	
------------------------------	--

21. Undersøgelses dato:

Sådan sender lægen fakturaen

Lægen sender fakturaen til Patienterstatningen via EAN-nr.: 5790002316418.

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

_____ Stempel