

## Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

**Patienterstatningen**  
- behandlings- og lægemiddelskader

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](http://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 klinikkens 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. 04.08.05.02).

## Fod

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1.	I hvilken fod er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre		<input type="checkbox"/> højre	
2.	Fodens stilling og form (herunder fortykkelse af knogledele):  Fodstilling ved almindelig stand (valgus/varus/sammenfald)?  Er der forskel fra den raske fod?				
3.	I hvilken udstrækning kan fodledet bevæges opad og nedad fra ret vinkel? (Målt i grader)		Venstre		Højre
		Op	Aktivt (0-20°)		
			Passivt		
		Ned	Aktivt (0-50°)		
Passivt					
4.	I hvilken udstrækning kan fodens drejebewægelser udføres?	Udad (supination) (30°)			
		Indad (pronation) (15°)			
5.	Er ankelledet stabilt?				
6.	Er der fri bevægelighed i storetåens grundled?				
7.	Er der muskelsvind: a) af læg? (tykkeste sted) b) af lår? (10 cm over knæskallen).	Omfangsmål	Venstre	Højre	
			cm	cm	cm
			cm	cm	cm
8.	Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?	Venstre		Højre	

Navn: , sagsnummer:

Omfang af smalben?	Omfangsmål	cm	Cm
		cm	Cm
9. Er der skurren i fodleddet?			
10. Er knæet normalt? (fx aksebevægelighed, stabilitet etc.) Er hofteleddet normalt?			
11. Er der føleforstyrrelser? Hvis ja, hvilket nerveområde			
12. Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?			
13. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).			
14. Hvilke klager har patienten?			
15. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?			
16. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			
17. Eventuelle bemærkninger:			

18. Undersøgelsens dato:

**Sådan sender lægen fakturaen**

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

Lægens SE-nr./CVR-nr.: \_\_\_\_\_

Stempel