

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, 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. 04.08.03.02).

Albue

Patientens navn:			
CPR-nr.:		Sagsnummer:	
1. I hvilken albue er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Er patienten venstre- eller højrehåndet?	<input type="checkbox"/> venstrehåndet	<input type="checkbox"/> højrehåndet	
3. Er der noget synligt at påvise ved inspektion og palpation af skulderen?			
4. Hvor mange grader kan skulderen bevæges fra armen ned langs siden (med frit skulderblad): udad-opad? (180°) fremad-opad? (180°) bagud? (30°)	Aktivt		Passivt
	Venstre	Højre	Venstre
5. Er der skurren i albue- og/eller skulderledet?			
6. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling inklusive underarmens drejebbevægelser? (målt i grader)		Venstre	Højre
	Extension: (0°)		
	Flexion: (150°)		
	Supination: (90°)		
	Pronation: (90°)		
7. Bevæges håndled og fingre frit? Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?			
8. Er der muskelsvind (mere end 1 cm):		Venstre	Højre
	a) af overarm? (På midten)	cm	cm

Navn: , sagsnummer:

b) ved underarmens rod?	Omfangsmål		
c) af håndens muskler? (Handskemål)		cm	cm
		cm	cm

9. Er der føleforstyrrelser? (bedømt ift. modsatte side)	
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang	
11. Hvilke klager har patienten?	
13. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?	
14. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	
15. Eventuelle bemærkninger:	

16. Undersøgelsens dato:

Sådan sender lægen fakturaen

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

Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel