

## 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 albueskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.03.02)

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)

## 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	Højre
5.	Er der skurren i albue- og/eller skulderledet?				
6.	Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling  inklusive underarmens drejebewægelser? (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):  a) af overarm? (På midten)  b) ved underarmens rod?  c) af håndens muskler? (Handskemål)		Venstre	Højre	
		Omfangsmål	cm	cm	
			cm	cm	
			cm	cm	

Navn:

sagsnummer:

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:	

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

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

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

Stempel