

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 skulderskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.09.02)

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, 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

Skulder

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1. I hvilken skulder 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 (med frit skulderblad):	Aktivt		Passivt	
	Venstre	Højre	Venstre	Højre
	udad-opad? (0-180°)			
	fremad-opad? (0-180°)			
bagud? (0-30°)				
5. I hvilken udstrækning udføres (målt i grader):	Venstre	Højre	Venstre	Højre
	a) udadrejning? (0-50°) med armen langs kroppen			
	b) indadrejning? (0-90°) til balle, til lænd, til modsatte skulderblad			
6. Kan hånden føres til:				
	Nakke?	Venstre	Højre	
	Lænd?	Venstre	Højre	
7. Er der skurren i skulderhøjdeled?				

Navn:

sagsnummer:

8. Er der svind:					
a) af deltamusklen?					
b) af supraspinatus?					
c) af infraspinatus?					
9. Er der muskelsvind: (mere end 1 cm)		Venstre	Højre		
a) ved underarmens rod?	Omfangsmål	cm	cm		
b) ved overarm? (På midten)		cm	cm		
10. Er der føleforstyrrelser?					
11. Holdes skulderbladene ind til brystkassen ved armbøjninger mod en væg? (englevinger)					
12. Er der kraftnedsættelse ved		Venstre		Højre	
		Ja	Nej	Ja	Nej
Abduktion					
udadrotation					
indadrotation					
13. Hvilke klager har patienten?					
14. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?					
15. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?					

16. Eventuelle bemærkninger:

17. Undersøgelsens dato:

Lægens bankforbindelse: reg. nr.: _____ kontonr.: _____ den _____

Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel