

Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

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	

Navn: , sagsnummer:

	Ned (normal 50°)	Aktiv			
		Passiv			
8. Foretag en passiv udmåling af fodens drejebævelser (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		
Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)	Venstre		Højre		
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)	Omfangsmål	Venstre		Højre	
		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?					

Navn: , sagsnummer:

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?	
20. Eventuelle bemærkninger:	

21. Undersøgelsens dato:

Sådan sender lægen fakturaen

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

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel