

## 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](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 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. 04.08.10.02).

## Underarm

Patientens navn: \_\_\_\_\_

CPR-nr.: \_\_\_\_\_

Sagsnummer: \_\_\_\_\_

1. I hvilken arm 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. Hvor på underarmen sad bruddet?			
4. Er der solid heling? Er brudstedet ømt?			
5. Er der stillingsforandring på brudstedet? I så fald hvor stor? Og i hvilken retning?			
6. Hvordan er bevægeligheden i håndleddene? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Volart (0-80°)		
	Dorsalt (0-80°)		
	Radialt (0-15°)		
	Ulnart (0-30°)		
7. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebævelser? (Målt i grader)	Flexion (0-150°)		

Navn: sagsnummer:

	Supination (0-90°)		
	Pronation (0-90°)		
8. Er fingrene frit bevægelige?  Hvis ikke, hvor tæt til håndfladen føres finger- Spidserne da ved stærkest knytning?  I hvilket led er der nedsat bevægelighed?			
9. Er der muskelsvind: (på mere end 1 cm)  a) ved underarmens rod?  b) af hånden muskler? (Handskemål)	Omfangsmål	Venstre cm	Højre cm
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang?			
11. Bevæges skulderleddet frit?  Hvis ikke, hvor mange grader bevæges? (Med frit skulderblad)	Fremad-opad (0-180°)  Udad-opad (0-180°)	Venstre	Højre
12. Er der føleforstyrrelser? (hvis ja: hvor?)			
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 tids- punkt?			

Navn: sagsnummer:

---

16. Eventuelle bemærkninger:

---

17. Undersøgelsens dato:

---

**Sådan sender lægen fakturaen**

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

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

Stempel