

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. 04.08.09.02).

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) udadretning? (0-50°) med armen langs kroppen			
	b) indadretning? (0-90°) til balle, til lænd, til modsatte skulderblad			

Navn: , sagsnummer:

6. Kan hånden føres til:					
Nakke?	Venstre	Højre			
Lænd?	Venstre	Højre			
7. Er der skurren i skulderhøjdede?					
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?					

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