

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. 04.08.08.02).

Lår

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1.	I hvilket lår er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2.	Hvor på låret sad bruddet? Er der synlig og/eller følelig deformitet?			
3.	Hvordan er benets stilling? (fx udadroteret)			
4.	Er benet forkortet, hvis ja: hvor meget (cm)?			
5.	Hvordan er bevægeligheden i hoftedet? (målt i grader fra strakt stilling)		Venstre	Højre
		Strækning (20°)		
		Bøjning (120°)		
		Udadføring (60°)		
		Indadføring (30°)		
		Udaddrøjning (60°)		
		Indaddrøjning (30°)		
6.	Er der strækkemangel i knæledet?	Venstre	Højre	

Navn: , sagsnummer:

Hvis ja: hvor mange grader mangler der i fuld strækning?			
Er der bøjemangel i knæleddet? Hvis ja; hvor mange grader bøjes fra normalt strakt stilling (0-160°)			
7. Er der i øvrigt noget at bemærke ved knæet? (F.eks. ansamling, skurren, siderokken løshed bagfra - fortil)			
8. Er der muskelsvind: a) af lår? (10 cm over knæskallen) b) af læg? Er der hævelse af smalben?	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
		cm	cm
		cm	cm
9. Er der føleforstyrrelser?			
10. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).			
11. Hvilke klager har patienten?			
12. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?			
13. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja; fra hvilket tidspunkt?			
14. Eventuelle bemærkninger:			

Navn: , sagsnummer:

15. Undersøgelses dato:	

Sådan sender lægen fakturaen

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

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel