

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 klinikkens 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. 04.08.07.02).

Knæ

Patientens navn:

CPR-nr.:	Sagsnummer:		
1. I hvilket knæ er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> Venstre <input type="checkbox"/> Højre		
2. Er der ansamling i knæet?			
3. Er der omfangsforøgelse af knæet?	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
4. Er der knæk eller skurren i leddet? Findes det i det andet knæ?			
5. Er der ømhed ved palpation? Hvis ja: hvor?			
6. Er der normal passiv ekstension i knæledet 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 knæledet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis nej: hvor mange grader bøjes fra normal strakt stilling? (normal 160° indtil bløddelsmodstand)	Venstre	Højre	
	Venstre	Højre	

Navn: , sagsnummer:

7.	Er der løshed i knæet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja:		
a)	Sideløshed? (Målt i grader)	Venstre	Højre
b)	Løshed bagfra - fortil? (Let, moderat, svær)		
c)	Abnorm rotation? (pivot shift og postero-lateral instabilitet)		
8.	Er underbenets stilling forandret, hvis ja: hvordan? (F.eks. kalveknæ, hjulben).		
9.	Bevæges benets andre led frit?		
10.	Er der muskelsvind: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Hvis ja:	Venstre	Højre
a)	af læg? (tykkeste sted)		
b)	af lår (10 cm over knæskallen)		
		Omfangsmål	
		cm	cm
		cm	cm
11.	Er der føleforstyrrelser?		
12.	Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).		
13.	Hvordan er kraften ved ekstension af knæet?	Venstre	Højre
14.	Hvilke klager har patienten?		
15.	Er der foretaget røntgenundersøgelse eller MR-skanning? Hvis ja: hvor og hvornår?		
16.	Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?		
17.	Eventuelle bemærkninger:		

Navn: , sagsnummer:

18. Undersøgelses dato:

Sådan sender lægen fakturaen

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

Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel