

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. 04.08.03.02).

Albue

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1. I hvilken albue 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 fra armen ned langs siden (med frit skulderblad): udad-opad? (180°) fremad-opad? (180°) bagud? (30°)	Aktivt		Passivt	
	Venstre	Højre	Venstre	Højre
5. Er der skurren i albue- og/eller skulderledet?				
6. Hvordan er bevægeligheden i albueleddene fra strakt stilling inklusive underarmens drejebewægelser? (målt i grader)		Venstre	Højre	
	Extension: (0°)			
	Flexion: (150°)			
	Supination: (90°)			
Pronation: (90°)				
7. Bevæges håndled og fingre frit?				

Navn: , sagsnummer:

Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?			
8. Er der muskelsvind (mere end 1 cm):	Omfangsmål	Venstre	Højre
a) af overarm? (På midten)		cm	cm
b) ved underarmens rod?		cm	cm
c) af håndens muskler? (Handskemål)		cm	cm
9. Er der føleforstyrrelser? (bedømt ift. modsatte side)			
10. Er håndtrykkraften nedsat, hvis ja: i hvilket omfang			
11. Hvilke klager har patienten?			
13. Er der foretaget røntgenundersøgelse? Hvis ja: hvor og hvornår?			
14. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, hvis ja: fra hvilket tidspunkt?			
15. Eventuelle bemærkninger:			

Navn: , sagsnummer:

16. Undersøgelsens dato:

Sådan sender lægen fakturaen

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

_____ Lægens SE-nr./CVR-nr.: _____

Stempel