

## Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

## Patienterstatningen

- behandlings- og lægemiddelskader

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Lægen bedes sende lårschemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.08.02)

Lægen kan udfylde skemaet på en af to følgende måder:

Digitalt: Du kan udfylde og sende skemaet digitalt. Du henter det digitale skema på vores hjemmeside [www.pebl.dk](http://www.pebl.dk), søg på ordet invaliditetsattester.

Manuelt: Du kan udfylde skemaet i hånden og sende det til Patienterstatningen med brev, via fax eller med sikker mail til [pebl@patienterstatningen.dk](mailto:pebl@patienterstatningen.dk)

### 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 hoftelæddet? (målt i grader fra strakt stilling)		Venstre	Højre
		Strækning (20°)		
		Bøjning (120°)		
		Udadføring (60°)		
		Indadføring (30°)		
		Udaddrøjning (60°)		
6.	Er der strækkemangel i knæledet?  Hvis ja:  hvor mange grader mangler der i fuld strækning?  Er der bøjemangel i knæledet?  Hvis ja; hvor mange grader bøjes fra normalt strakt stilling (0-160°)		Venstre	Højre

Navn:

sagsnummer:

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)	Venstre	Højre
b)	af læg?	cm	cm
	Er der hævelse af smalben?	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:		
15.	Undersøgelsens dato:		

Lægens bankforbindelse: reg. nr.: \_\_\_\_\_ kontonr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

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

Stempel