

Invaliditetsattest

PATIENTFORSIKRINGEN

Nytorv 5 • 1450 København K
TLF. 33 12 43 43 • FAX. 33 12 43 41
PF@PATIENTFORSIKRINGEN.dk

Lår

Patientens navn:			
Cpr.nr.:		Journalnr.:	
1. Hvilket lår er tilskadekommet?	<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? (F.eks. udadroteret)			
4. Er benet forkortet, og da hvor meget (cm)?			
5. Hvorledes er bevægeligheden i hofteledet? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Strækning:		
	Bøjning:		
	Udadføring:		
	Indadføring:		
	Udaddrøjning:		
Indaddrøjning:			
6. Er der strækkemangel i knæledet? Hvis ja, hvor mange grader mangler Der i fuld strækning?	Venstre		Højre
Er der bøjemangel i knæledet? Hvis ja, hvor mange grader bøjes fra Normalt strakt stilling (0°)			
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

fortsættes næste side...

9. Er der føleforstyrrelser?	
10. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).	
11. Hvilke klager fremfører patienten?	
12. Er der foretaget røntgenundersøgelse? I så fald hvor og hvornår?	
13. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, og i så fald fra hvilket tidspunkt?	

14. Eventuelle bemærkninger:

15. Undersøgelsens dato:

_____ den _____

_____ Lægens CPR-nr./SE-nr.CVR-nr.: _____

Stempel

Denne attest, hvis formular er tiltrådt af Den almindelige danske Lægeforening, betales lægen af Patientforsikringen i henhold til bestående overenskomst.

Attesten indsendes af lægen direkte til Patientforsikringen, Nytorv 5, 1450 København K