

# PATIENTFORSIKRINGEN

Patientens navn:  
Cpr.nr.:

J.nr.:

## ”PATIENTSKADEERKLÆRING”

(Afgivet i henhold til § 37 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet)

### PFL § 17

Stk. 1 Patientforsikringen kan af kommuner, amtskommuner og andre vedkommende, herunder sygehuse, institutioner, behandlende læger m.v. samt den skadelidte, forlange meddelt enhver oplysning, herunder sygehusjournaler, journaloptegnelser m.v., som foreningen skønner er af betydning for behandling af sager efter loven.

Stk. 2...

### **BEMÆRK! LÆGEN BEDES GENNEMLÆSE DETTE INDEN ATTESTUDSTEDELSE:**

Formålet med erklæringen er, at tilvejebringe relevante oplysninger vedrørende patientens generelle og aktuelle helbredstilstand med henblik på Patientforsikringens vurdering af sagen efter lov om patientforsikring.

Patientforsikringsloven yder erstatning for de skadelige følger af den behandling, patienten har gennemgået, hvorimod eventuelle følger af den lidelse, der gav anledning til undersøgelsen eller behandlingen ikke erstattes.

Erklæringen skal således primært indeholde en beskrivelse af komplikationsfølgerne, men bør derudover indeholde oplysninger om den generelle helbredstilstand og eventuelle forudbestående lidelser.

### **1. UDFYLDES AF PATIENTFORSIKRINGEN**

a) Årsag til undersøgelse eller behandling (oprindelig lidelse):
b) Komplikationer til undersøgelsen eller behandlingen:
c) Dato for komplikationens indtræden:

**UDFYLDES AF LÆGEN** (Ved ekstremitetsskader: Se vedlagte invaliditetsskema)

**J.NR.:**

<p><b>2. PATIENTENS KLAGER</b></p> <p>a. Hvilke helbredsmæssige gener/sygelige tilstande klager patienten over (jfr. 1b)?</p> <p>b. Var en eller flere af disse gener/sygelige tilstande tilstede hos patienten forud for den indtrådte komplikation (se pkt. 1c)?</p>	
<p><b>3. IVÆRKSATTE BEHANDLINGER</b></p> <p>a. Er patienten under behandling for sine helbredsmæssige gener/sygelige tilstande (jfr. 2 a)?</p> <p>Hvis ja</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Angiv behandlingens art og omfang samt hvor længe denne forventes at skulle fortsætte</li></ul> <p><b>4. OBJEKTIV UNDERSØGELSE</b> (ved ekstremitetsskader anvendes vedlagte skema)</p> <p><b>5. LÆGENS VURDERING</b></p> <p>a. Anser De patientens tilstand for blivende?</p> <p>b. Er der udsigt til yderligere bedring?</p> <p>c. Kan der forventes forværring/senfølger?</p>	

**UDFYLDES AF LÆGEN****J.NR.:**

<p>d. Mener De, at patienten nu er arbejdsdygtig i samme omfang som før den indtrådte komplikation?</p> <p>Hvis nej</p> <p>– Hvilke arbejdsfunktioner mener De da, at patienten ikke længere kan udføre?</p> <p><b>6. LÆGENS KENDSKAB TIL PATIENTEN</b></p> <p>a. Hvor længe har De været patientens praktiserende læge?</p> <p>b. Er der i patientens tidligere sygehistorie forhold, der kan være disponerende for den indtrådte skade, og da hvilke (f.eks. overvægt, kroniske sygdomme, misbrug m.v.)?</p> <p>c. Hvorledes er patientens generelle helbredstilstand?</p>	
<p><b>7. EVENTUELLE BEMÆRKNINGER</b></p>	

**UDFYLDES AF LÆGEN**

<p>Er De momsregistreret? –sæt kryds: JA: <input type="checkbox"/> NEJ: <input type="checkbox"/></p> <p>Lægens stempel med CVR-nr./CPR.nr., samt giro/konto-nr.</p>	<p>_____</p> <p>Dato for undersøgelse</p> <p>_____</p> <p>Lægens underskrift</p>
---	--

Patientskadeerklæringen sendes af lægen til Patientforsikringen, Nytorv 5, 1450 København K, hvorfra erklæringen vil blive betalt i henhold til gældende overenskomst med Lægeforeningens Attestudvalg.