

# Invaliditetsattest

## Patientforsikringen

Nytorv 5 · 1450 København K  
Tlf. 33 12 43 43 · Fax. 33 12 43 41  
pf@patientforsikringen.dk  
www.patientforsikringen.dk

### Skulder

Patientens navn:

Cpr.nr.:

Journalnr.:

1. Hvilken skulder er tilskadekommet?	<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 (med frit skulderblad):	Aktivt		Passivt	
	Venstre	Højre	Venstre	Højre
	udad-opad?			
	fremad-opad?			
bagud?				
5. I hvilken udstrækning udføres (målt i grader):	Venstre	Højre	Venstre	Højre
	udadretning?			
indadretning?				
6. Kan hånden føres til	Venstre		Højre	
	Nakke?		Højre	
	Venstre		Højre	
	Lænd?		Højre	
7. Er der skurren i eller ved skulderen?				
8. Bevæges armens andre led frit?				
9. Er der svind:				
a) af deltamusklen?				
b) af andre skuldermuskler?				

Fortsættes næste side...

10. Er der muskelsvind:		Venstre	Højre
a) ved underarmens rod?	Omfangsmål	cm	cm
b) ved overarm? (På midten)		cm	cm
11. Er der føleforstyrrelser?			
12. Hvilke klager fremfører patienten?			
13. Er der foretaget røntgenundersøgelse? I så fald hvor og hvornår?			
14. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, og i så fald fra hvilket tids- punkt?			

15. Eventuelle bemærkninger:

16. 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*