

Invaliditetsattest

PATIENTFORSIKRINGEN

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

Albue

Patientens navn:					
Cpr.nr.:		Journalnr.:			
1. Hvilken albue 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. Er der skurren i leddet					
6. Hvorledes er bevægeligheden i albueleddene inklusive underarmens drejebewægelser? (Målt i grader)					
		Venstre		Højre	
Flexion:					
Supination:					
Pronation:					
7. Bevæges håndled og fingre frit?					
Hvis ikke, hvilke indskrænkninger findes da?					
8. Er der muskelsvind:					
		Venstre		Højre	
a) af overarm? (På midten)		cm	cm	cm	cm
b) ved underarmens rod?		cm	cm	cm	cm
c) af hånden's muskler? (Handskemål)		cm	cm	cm	cm

fortsættes næste side...

9. Er der føleforstyrrelser?	
10. Er håndtrykkraften nedsat, og da i hvilket omfang	
11. 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 tidspunkt?	

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