

# Invaliditetsattest

## PATIENTFORSIKRINGEN

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

### Fod

Patientens navn:			
Cpr.nr.:		Journalnr.:	
1. Hvilken fod er tilskadekommet?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Fodens stilling og form (herunder fortykkelse af knogledele):  Er der forskel fra den raske fod?			
3. I hvilken udstrækning kan fodledet bevæges aktivt opad og nedad fra Ret vinkel? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Op		
4. I hvilken udstrækning kan fodens drejebælgelser udføres?	Udad (supination)		
	Indad (pronation)		
5. Er der siderokken i fodgaflen ved passiv prøve?  Er der fri bevægelighed i stortåens grundled?			
6. Er der muskelsvind: a) af læg? b) af lår? (10 cm over knæskallen).	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
7. Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?  Omfang af smalben?  Omfang af ankel?	Omfangsmål	Venstre	Højre
		cm	cm
8. Er knæet normalt? (F.eks. bevægelighed etc.)  Er hoftelæddet normalt?			

fortsættes næste side...

9. Er der føleforstyrrelser?	
10. Er benet forkortet, og da hvor meget (cm)?	
11. Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).	
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 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**