

Invaliditetsattest

PATIENTFORSIKRINGEN

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

Hofte

Patientens navn:

Cpr.nr.:

Journalnr.:

1. Hvilken hofte er tilskadekommet?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre	
2. Er der fortykkelse af knogle- eller bløddele ved hoften?			
3. Er den store lårbenskno (trochanters) stilling forandret?			
4. Er benets stilling forandret? (F.eks. udadroteret, adduceret i hoften og da hvor mange grader).			
5. Er benet forkortet, og da hvor meget (cm)?			
6. Hvorledes er bevægeligheden i hofteleddet? (Målt i grader)		Venstre	Højre
	Strækning:		
	Bøjning:		
	Udadføring:		
	Indadføring:		
	Udaddrøjning:		
Indaddrøjning:			
7. Er der skurren i hofteleddet?	Venstre	Højre	
8. Bevæges knæleddet frit? Er der skurren i leddet?	Venstre	Højre	
9. Bevæges benets andre led frit?			
10. Er der muskelsvind:		Venstre	Højre
	a) af læg?	cm	cm
	b) af lår? (10 cm over knæskallen)	cm	cm
c) af sædemusklen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nej	

fortsættes næste side...

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

16. Eventuelle bemærkninger:

17. 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