

# Invaliditetsattest

## PATIENTFORSIKRINGEN

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

### Knæ

|  |         |                                |       |
|--|---------|--------------------------------|-------|
| Patientens navn:   |         |                                |       |
| Cpr.nr.:   |         | Journalnr.:                    |       |
| 1. Hvilket knæ er tilskadekommet?  |         |                                |       |
| <input type="checkbox"/> venstre   |         | <input type="checkbox"/> højre |       |
| 2. Er der ansamling i knæet?   |         |                                |       |
| 3. Er der omfangsforøgelse af knæet?   |         |                                |       |
| Omfangsmål   | Venstre |                                | Højre |
|  | cm      |                                | cm    |
| 4. Er der knæk eller skurren i leddet?   |         |                                |       |
| Findes det i det andet knæ?  |         |                                |       |
| 5. Er der ømhed?   |         |                                |       |
| Og da hvor?  |         |                                |       |
| 6. Er der strækkemangel i knæleddet?   |         | Venstre                        |       |
| Hvis ja, hvor mange grader mangler i fuld strækning?                               |         | Højre                          |       |
| Er der bøjemangel i knæleddet?   |         |                                |       |
| Hvis ja, hvor mange grader bøjes fra normalt strakt stilling (0°)                  |         |                                |       |
| 7. Er der abnorm bevægelighed?   |         |                                |       |
| <input type="checkbox"/> Ja  |         | <input type="checkbox"/> Nej   |       |
| Hvis ja:   |         | Venstre                        |       |
| a) Overstrækning? (Målt i grader)  |         | Højre                          |       |
| b) Sideløshed? (Målt i grader)   |         |                                |       |
| c) Løshed bagfra - fortil? (Let/svær)  |         |                                |       |
| d) Abnorm rotation?  |         |                                |       |
| 8. Er underbenets stilling forandret, og da hvorledes? (F.eks. kalveknæ, hjulben). |         |                                |       |
| 9. Bevæges benets andre led frit?  |         |                                |       |
| 10. Er der muskelsvind:  |         | Venstre                        |       |
| a) af læg?   |         | Højre                          |       |
|  |         | cm                             |       |
| b) af lår (10 cm over knæskallen)  |         | cm                             |       |
|  |         | cm                             |       |

fortsættes næste side...

|   |  |
|---|--|
| 11. Er der føleforstyrrelser?   |  |
| 12. Hvordan er gangen?<br>(Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).   |  |
| 13. Er der, eller har der været indeklemningstilfælde?<br><br>I så fald hvor ofte?<br><br>Og hvornår sidst?<br><br>Forårsager de arbejdsafbrydelse?<br><br>Og da hvor længe?<br><br>Sengeleje eller anden behandling? |  |
| 14. Hvilke klager fremfører patienten?  |  |
| 15. Er der foretaget røntgenundersøgelse?<br><br>I så fald hvor og hvornår?   |  |
| 16. Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste, og i så fald fra hvilket tidspunkt?  |  |

17. Eventuelle bemærkninger:

18. 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*