

# Invaliditetsattest

## PATIENTFORSIKRINGEN

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

### Underarm

Patientens navn:			
Cpr.nr.:		Journalnr.:	
1. Hvilken arm 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. Hvor på underarmen sad bruddet?			
4. Er der solid heling? Er brudstedet ømt?			
5. Er der stillingsforandring på brudstedet? I så fald hvor stor? Og i hvilken retning?			
6. Hvorledes er bevægeligheden i håndleddene? (Målt i grader)			
		Venstre	Højre
Volart			
Dorsalt			
Radialt			
Ulnart			
7. Hvorledes er bevægeligheden i albueleddene, inklusive underarmens drejebewægelser? (Målt i grader)			
Flexion			
Supination			
Pronation			
8. Er fingrene frit bevægelige? Hvis ikke, hvor tæt til håndfladen føres finger- Spidserne da ved stærkest knytning? I hvilket led er der nedsat bevægelighed?			
9. Er der muskelsvind:			
		Venstre	Højre
a) ved underarmens rod?	Omfangsmål	cm	cm
b) af håndens muskler? (Handskemål)		cm	cm
10. Er håndtrykkraften nedsat, og da i hvilket omfang?			

Fortsættes næste side...

11. Bevæges skulderleddet frit?  Hvis ikke, hvor mange grader bevæges? (Med frit skulderblad)	fremad-opad                      udad-opad
12. Er der føleforstyrrelser?	
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 tids- punkt?	

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*