

## Lægeerklæring til brug for Patienterstatningen

**Patienterstatningen**  
- behandlings- og lægemiddelskader

KALVEBOD BRYGGE 45 • 1560 KØBENHAVN V

TEL +45 3312 4343 • FAX +45 3312 4341

pebl@patienterstatningen.dk www.patienterstatningen.dk

Lægen bedes sende fodskemaet til Patienterstatningen, Kalvebod Brygge 45, 1560 København V. Vi betaler for erklæringen efter honoraraftalen med Lægeforeningens attestudvalg. (ID-nr. 04.08.05.02)

Lægen kan udfylde skemaet på en af to følgende måder:

Digitalt: Du kan udfylde og sende skemaet digitalt. Du henter det digitale skema på vores hjemmeside [www.pebl.dk](http://www.pebl.dk), søg på ordet invaliditetsattester.

Manuelt: Du kan udfylde skemaet i hånden og sende det til Patienterstatningen med brev, via fax eller med sikker mail til [pebl@patienterstatningen.dk](mailto:pebl@patienterstatningen.dk)

## Fod

Patientens navn:

CPR-nr.:

Sagsnummer:

1.	I hvilken fod er der sket en skade?	<input type="checkbox"/> venstre	<input type="checkbox"/> højre		
2.	Fodens stilling og form (herunder fortykkelse af knoglededele):  Fodstilling ved almindelig stand (valgus/varus/sammenfald)?  Er der forskel fra den raske fod?				
3.	I hvilken udstrækning kan fodleddet bevæges opad og nedad fra ret vinkel? (Målt i grader)		Venstre	Højre	
		Op	Aktivt (0-20°)		
			Passivt		
		Ned	Aktivt (0-50°)		
Passivt					
4.	I hvilken udstrækning kan fodens drejebevægelser udføres?	Udad (supination) (30°)			
		Indad (pronation) (15°)			
5.	Er ankelleddet stabilt?				
6.	Er der fri bevægelighed i storetåens grundled?				
7.	Er der muskelsvind: a) af læg? (tykkeste sted) b) af lår? (10 cm over knæskallen).		Venstre	Højre	
		Omfangsmål	cm	cm	
			cm	cm	
8.	Er der bløddelshævelse af fod eller ankel?  Omfang af smalben?  Omfang af ankel?		Venstre	Højre	
		Omfangsmål	cm	Cm	
			cm	Cm	

Navn:

sagsnummer:

9.	Er der skurren i fodleddet?	
10.	Er knæet normalt? (fx aksebevægelighed, stabilitet etc.)  Er hofteleddet normalt?	
11.	Er der føleforstyrrelser?  Hvis ja, hvilket nerveområde	
12.	Er benet forkortet,  hvis ja: hvor meget (cm)?	
13.	Hvordan er gangen? (Haltende, besværet, stok ude, stok inde på trapper).	
14.	Hvilke klager har patienten?	
15.	Er der foretaget røntgenundersøgelse?  Hvis ja: hvor og hvornår?	
16.	Har patienten genoptaget sit tidligere arbejde i det væsentligste,  hvis ja: fra hvilket tidspunkt?	
17.	Eventuelle bemærkninger:	

18, Undersøgelsens dato:

Lægens bankforbindelse: reg. nr.: \_\_\_\_\_ kontonr.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Lægens SE-nr./CVR-nr.: \_\_\_\_\_

Stempel