

AES 010 Lægeerklæring I

afgivet i henhold til Lov om arbejdsskadesikring §§ 35 og 37

Udfyldes af rekvirenten	
Navn på tilskadekomne:.....	Cpr.nr.: -
Adresse:.....	Postnr.:..... By:.....
Stilling eller beskæftigelse:.....	
Arbejdsmarkedets Erhvervssikrings (AES) journalnr.:.....	Skadedato:.....
Forsikringsselskabets skadenummer:.....	

Denne lægeerklæring, som er udstedt efter anmodning af Arbejdsmarkedets Erhvervssikring (AES) eller forsikringsselskabet, sendes til rekvirenten vedlagt lægens honorarregning.

Udfyldes af den undersøgende læge		
1	Diagnose angivet på dansk og latin	Diagnose på dansk Diagnose på latin
2	Oplyser den tilskadekomne, at der aktuelt er klager/symptomer?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke klager/symptomer oplyser den tilskadekomne om aktuelt?
3	Er der objektive forandringer som følge af skaden?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
4	Har der tidligere været skader/sygdomme fra samme område?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke?
5	Forventes der varige følger efter skaden/sygdommen?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA , udfyldes: Hvilke varige følger?.....

<p>6</p> <p>a) Oplyser tilskadekomne at have været sygemeldt som følge af den aktuelle skade?</p> <p>Hvis JA til punkt a), besvares nedenstående</p> <p>b) Er der udstedt lægelig dokumentation for sygemelding?</p> <p>c) Oplyser tilskadekomne, at arbejdet er genoptaget?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>I hvilke perioder?</p> <p>Fra dato:..... Til dato:..... (dag/måned/år) (dag/måned/år)</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Arbejdet er efter det oplyste genoptaget fra dato:..... (dag/måned/år)</p>
<p>7</p> <p>a) Påvirkes den tilskadekomnes funktionsevne af den aktuelle skade?</p> <p>Hvis JA til spørgsmål a), besvares punkt b), c) og d)</p> <p>b) Hvorledes påvirker den aktuelle skades medicinske følger funktionsevnen?</p> <p>c) Anser De tilskadekomnes funktionsevne for blivende nedsat?</p> <p>d) Er der udsigt til bedring, forværring eller evt. senere komplikationer, som kan få indflydelse på den nuværende skade og dermed på funktionsevnen?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p> <p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?.....</p> <p>.....</p>
<p>8</p> <p>Oplyser den tilskadekomne at have været indlagt for den aktuelle skade?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>9</p> <p>Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været undersøgt/behandlet af praktiserende speciallæge for den aktuelle skade?</p> <p>b) at han/hun for tiden undersøges/behandles af praktiserende speciallæge?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken speciallæge?.....</p> <p>.....</p>

<p>10 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at have været behandlet af fysioterapeut for aktuelle skade?</p> <p>b) at der for tiden gives behandling af fysioterapeut?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p> <p>Hvornår er undersøgelsen/behandlingen afsluttet?..... (dag/måned/år)</p> <p>Hos hvilken fysioterapeut?.....</p> <p>.....</p>
<p>11 Oplyser den tilskadekomne:</p> <p>a) at være blevet behandlet med medicin for den aktuelle skade?</p> <p>b) at der i øjeblikket behandles med medicin som følge af den aktuelle skade?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvilken medicin?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>12 Oplyser den tilskadekomne at være blevet behandlet på anden måde end angivet under punkt 9, 10, og 11?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p>Hvorledes?</p> <p>Hvor?</p> <p>Hvornår?..... (dag/måned/år)</p>
<p>13 Oplyser den tilskadekomne, at der er foretaget billeddiagnostisk undersøgelse (fx røntgen, UL, CT, MR)?</p>	<p>NEJ JA</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis JA, udfyldes:</p> <p><input type="checkbox"/> Røntgen <input type="checkbox"/> Ultralyd <input type="checkbox"/> CT-skanning <input type="checkbox"/> MR-skanning</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?.....</p> <p>Hvor?.....</p> <p>Hvornår?.....</p>

14	Var De den først behandlende læge? a) Hvem gav den første lægebehandling? b) Hvornår fandt den første lægebehandling sted? c) Hvilke klager/symptomer oplyser tilskadekomne, der har været i perioden fra den første lægebehandling og indtil den første konsultation/behandling hos Dem? d) Hvilke behandlinger oplyser den tilskadekomne, der har været givet i perioden fra den første lægebehandling og indtil den første konsultation/behandling hos Dem?	NEJ JA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hvis NEJ , anføres navn og adresse på først behandlende læge: (dag/måned/år)
15	Giver den tilskadekomnes tilstand i øvrigt anledning til bemærkninger?
16	Undersøgelsens dato: (dag/måned/år)

Der kan evt. vedlægges relevante udskrivningsbreve og undersøgelsesresultater m.v.
 De lægelige oplysninger og skøn, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål.

Denne attest er udfærdiget af mig i overensstemmelse med mine optegnelser og mit kendskab til patienten, samt mine spørgsmål og min undersøgelse foretaget: Dato Lægens underskrift Nøjagtig adresse (stempel): SE-nr.: Giro/Bank Regnr. Kontonr.:	Attesten sendes i lukket kuvert til (udfyldes af rekvirenten):
---	--