

Undersökningsdatum

Den skadade	Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer			
		År (4 siffror)	Mån	Dag	Nr
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Gatuadress				
	Postnummer och ort	Skadedatum (år, mån, dag)			
Intyg	Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Om "Ja", bolagets namn				

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömandet av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction från medicinsk synpunkt)

Diagnos p.g.a. skadefallet (såväl på latin som svenska)	
Skade- och behandlingsförlopp	
Subjektiva besvär i yrke och under fritid	

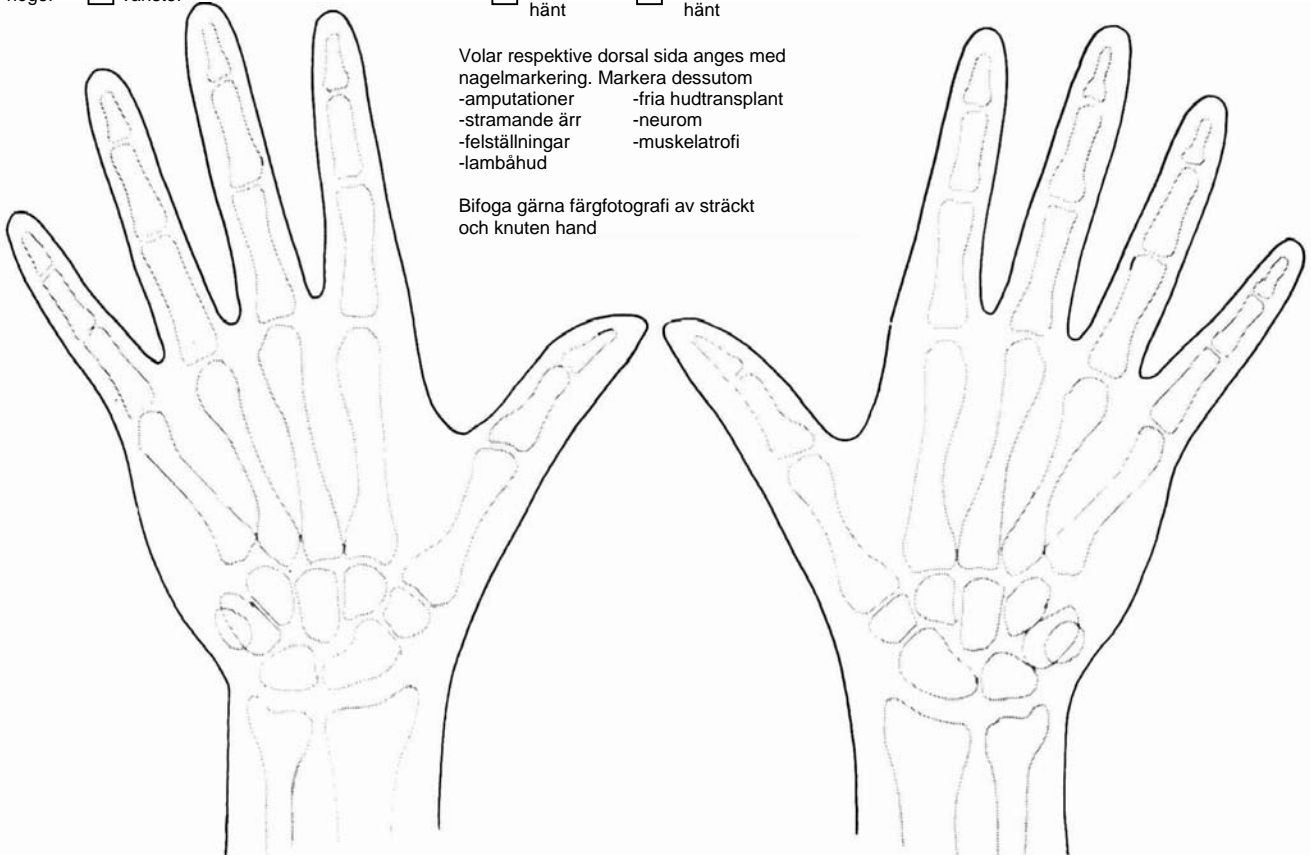
ADL-funktion			Tandborstning			Hårvård			Rakning			Toalettbesök		
<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> Omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> Besvär- ligt	<input type="checkbox"/> Omöj- ligt
Knäppa knappar			Bilkörning			Skrivning, hand			Skrivning maskin			Matbestick		
<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> besvär- ligt	<input type="checkbox"/> Omöj- ligt	<input type="checkbox"/> lätt	<input type="checkbox"/> Besvär- ligt	<input type="checkbox"/> Omöj- ligt

Handskada
 höger vänster

Den skadade uppger sig vara
 höger-
hant vänster-
hant

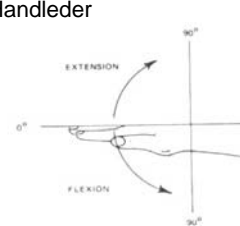
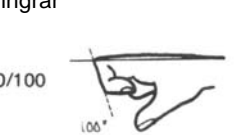
Volar respektive dorsal sida anges med
nagelmarkering. Markera dessutom
 -amputationer -fria hudtransplant
 -stramande ärr -neuror
 -felställningar -muskelatrofi
 -lambåhud

Bifoga gärna färgfotografi av sträckt
och knuten hand



Undersökarens kommentarer

Undersökning

RÖRLIGHET	HÖGER	VÄNSTER
Skulderleder	Elevation framåt-uppåt (flexion)	Elevation framåt-uppåt (flexion)
	Elevation utåt-uppåt (abduktion)	Elevation utåt-uppåt (abduktion)
	När med hand bakom rygg till Th nr (inåtrotation)	När med hand bakom rygg till Th nr (inåtrotation)
	När med hand till Nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När med hand till nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Armbågsleder	/	/
Underarm Mäts med armbågen i 90 graders flexion	Pronation /	Pronation /
	Supination /	Supination /
Handleder 	Extension /	Extension /
	Flexion /	Flexion /
	Ulnardeviation /	Ulnardeviation /
	Radialdeviation /	Radialdeviation /
Tumme	CMC-led radial abduktion /	CMC-led radial abduktion /
	CMC-led volar abduktion /	CMC-led volar abduktion /
	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas
	Minsta avstånd från tumtopp till fingertopp, cm II III IV V	Minsta avstånd från tumtopp till fingertopp, cm II III IV V
	MCP /	MCP /
	IP /	IP /
Fingrar  0/100 100° Passiv rörlighet anges endast om denna avsevärt avviker från den aktiva. Hyperextension anges med minustecken. Knytdiastas, minsta avstånd från fingertopp till volas distala böjveck vid handknytning	MCP II III IV V / / / /	MCP II III IV V / / / /
	PIP / / / /	PIP / / / /
	DIP / / / /	DIP / / / /
	Knyt-diastas, cm	Knyt-diastas, cm
	Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas
	Maxavstånd från tumme till pekfingertopp, cm	Maxavstånd från tumme till pekfingertopp, cm
OMKRETS (med rak arm)	HÖGER	VÄNSTER
Överarm Mitt på överarmen	cm	cm
Underarm Största omkrets	cm	cm
SENSIBILITET	HÖGER	VÄNSTER
Plockförmåga	Med synens hjälp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig	Med synens hjälp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig
	Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig	Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig
Slitmärken och arbetsvalkar	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas
2-punkts diskriminationsförmåga i mm	I rad/uln II rad/uln III rad/uln IV rad/uln V rad/uln 	I rad/uln II rad/uln III rad/uln IV rad/uln V rad/uln
Beröringssensibilitet »+« eller »-«		

GROV KRAFT	HÖGER	VÄNSTER
Hand	Dynamometer/vigorimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag	Dynamometer/vigorimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag
Tom-, pekfingergrepp	Intrinsimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag	Intrinsimeter Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag
ANMÄRKNINGAR	HÖGER	VÄNSTER
T ex uppgifter om passiv rörlighet eller motoriska bortfallssymptom vid nervskador		

Sammanfattning och prognos

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namn-teckning
	Namnförtydligande
	Vårdinrättning samt i förekommande fall klinik

Postadress	Besöksadress	Telefon	E-post	Styrelsens säte
Landstingens	Medborgarplatsen 3, plan 8	08-551 010 00	info@patientforsakring.se	Stockholm
Ömsesidiga Försäkringsbolag	Söderhallarna			
Box 17830	118 26 Stockholm	Telefax	Hemsida	Organisationsnummer
118 94 Stockholm		08-551 011 90	www.patientforsakring.se	516401-8557